



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Komunikace sestry s pozůstalými v praxi

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

VŠEOBECNÉ OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Veronika Nechvátalová

Vedoucí práce: Mgr. Ilona Lískovcová, Ph.D., MBA

České Budějovice 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem **Komunikace sestry s pozůstalými v praxi** jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 5. 8. 2024

.....

Veronika Nechvátalová

Poděkování

Chtěla bych poděkovat mé vedoucí práce Mgr. Iloně Lískovcové Ph.D., MBA za její ochotné vedení, za připomínky, cenné rady k mé práci a ochotu pomoci. Dále bych chtěla poděkovat všeobecným sestřám za poskytnuté odpovědi k výzkumné části bakalářské práce.

Komunikace sestry s pozůstalými v praxi

Abstrakt

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou komunikace, jejím rozdělením a komunikačními bariérami. Věnuje se komunikaci s pozůstalými, zaměřuje se na péči o pozůstalé a popisuje reakce na bolestnou ztrátu jejich blízkého.

Empirická část bakalářské práce je zpracovaná formou kvalitativního šetření, metodou dotazování a technikou polostrukturovaných rozhovorů s předem připravenými otázkami. Výzkumný soubor je tvořený probandy, konkrétně všeobecnými sestrami, které pracují na interním a chirurgickém oddělení. Výzkumné šetření je provedeno na stanici interního a chirurgického oddělení ve zvoleném zdravotnickém zařízení Jihočeského kraje.

Pro výzkumnou část bakalářské práce jsou stanoveny tři cíle, kterými jsou: zjistit, zda mají všeobecné sestry zkušenosti s komunikací s pozůstalými. Zmapovat, zda všeobecné sestry poskytují dostatek času pro případné otázky při komunikaci s pozůstalými a zmapovat, zda všeobecné sestry zajišťují dostatek intimity pozůstalým.

Výsledky výzkumného šetření ukazují, že všeobecné sestry na interním oddělení komunikují s pozůstalými daleko častěji než na oddělení chirurgickém. Odlíšnosti se dále objevují v délce rozhovoru a v popisu prostředí, ve kterém komunikace s pozůstalými probíhá. Výzkumné šetření poukazuje na skutečnost, že oslovené všeobecné sestry mají při rozhovoru s pozůstalými nepříjemné pocity. Dále je z výsledků výzkumného šetření zřejmé, že poskytovaný čas pro dotazy není časově omezený, prostor pro dotazy je poskytovaný zejména na konci rozhovoru a pozůstalé vyzývají ke kladení dodatečných otázek. Dále všeobecné sestry znají a mají stejné postupy pro setkání a popisují stejný obsah rozhovoru s pozůstalými. Oslovené všeobecné sestry popisují i shodnou úpravu prostředí, ve kterém komunikace s pozůstalými probíhá.

Na základě výsledků výzkumného šetření je vytvořený manuál, který obsahuje desatero doporučení pro všeobecné sestry, které se s pozůstalými setkávají. Manuál může posloužit jako návod pro zefektivnění komunikace. Domnívám se, že získané výsledky zefektivní komunikaci všeobecných sester i lékařů s pozůstalými ve zdravotnických zařízeních.

Klíčová slova

komunikace; všeobecná sestra; pozůstalý; intimita; čas

Nurse communication with the bereaved in practise

Abstract

This bachelor's thesis describes the issue of communication, its division and communication barriers. It also explores communication with the bereaved, caregiving and their reactions to the painful loss of their loved one.

The empirical part of the bachelor's thesis is processed in the form of qualitative research, the method of questioning and the technique of structured interviews with prepared questions. The research population consists of probands who are selected purposefully namely, general nurses, who work at the station of the internal and surgical departments. The research investigation is at the station of the internal and surgical department in the chosen medical facility of the South Bohemian Region.

For the research part of the bachelor's thesis, three objectives are set, which are: to find out whether general nurses have experience in communicating with the bereaved. To map whether the general nurses provide enough time for possible questions when communicating with the bereaved and to map whether the general nurses provide intimacy for the bereaved.

The results of the research show that general nurses in the internal department communicate with the bereaved more often than general nurses in the surgical department. Differences are also in the length of the conversation and in the description of the environment in which communication with the bereaved takes place. The research investigation points to the fact that the general nurses feel uncomfortable when they communicate with the bereaved. Furthermore, the research shows that the time provided for the questions is not limited, space for questions is provided especially at the end of the interview and the bereaved are encouraged to ask additional questions. Further, general nurses know and have the same procedures for the meeting and describe the same content of the interview with the bereaved. The general nurses also describe identical arrangements for the environment in which communication with the bereaved takes place.

Based on the results of the research investigations, a manual is created that contains ten recommendations for general nurses who encounter communication with the bereaved. The manual can serve as a guide to make communication more effective.

I believe that the obtained results will make communication with the bereaved in healthcare facilities more effective.

Key words

communication; general nurse; bereaved; intimacy; time

Obsah

Úvod	9
1 Současný stav	10
1.1 Komunikace a její struktura	10
1.1.1 Verbální komunikace	11
1.1.2 Neverbální komunikace	12
1.2 Komunikace ve zdravotnictví	15
1.2.1 Bariéry v komunikaci	17
1.3 Komunikace s pozůstalými	19
1.3.1 Komunikace mezi lékařem a pozůstalými	20
1.3.2 Komunikace mezi sestrou a pozůstalými	21
1.3.3 Komunikace s pozůstalými v jednotlivých fázích smutku	21
1.4 Péče o pozůstalé	23
1.4.1 Poradenství pro pozůstalé	24
1.4.2 Reakce pozůstalých	25
2 Cíle práce a výzkumné otázky	28
2.1 Cíle práce	28
2.2 Výzkumné otázky	28
2.3 Operacionalizace pojmů	28
3 Metodika	29
3.1 Metodika práce	29
3.2 Výběr výzkumného souboru	30
4 Výsledky výzkumu	32
4.1 Kategorizace dat	32
4.2 Kategorie č. 1: Zkušenosti	32
4.3 Kategorie č. 2: Dotazy	36
4.4 Kategorie č. 3: Prostředí	39
5 Diskuse	43
6 Závěr	48
7 Seznam použitých zdrojů	50
8 Přílohy	56
9 Seznam zkratk	62

Úvod

Tato bakalářská práce se zaměřuje na problematiku komunikace všeobecné sestry s pozůstalými v praxi. Téma, které souvisí s komunikací s pozůstalými a předávání pozůstalosti představuje pro všeobecné sestry velmi stresující situaci. Je náročnou a citlivou záležitostí. Pro tento typ komunikace je důležité vhodné zvolení prostředí a poskytnutí dostatku času. Mezi schopnosti všeobecné sestry patří efektivní komunikace, vyjádření empatie, upřímné soustrastí a podpory, nebo také naslouchání pocitů pozůstalých. Tyto schopnosti ovlivňují průběh procesu truchlení pozůstalých. V mnoha případech se všeobecné sestry této náročné situaci vyhýbají, prožívají nepříjemné pocity, nebo neví, jak s pozůstalými mají komunikovat. Je zřejmé, že na odděleních, kde komunikace s pozůstalými probíhá častěji, se všeobecné sestry adaptují na tuto situaci rychleji než všeobecné sestry, které se s tímto typem komunikace běžně neseťkávají. Důležité je vzdělávání týkající se problematiky pozůstalých a komunikace s nimi.

Získaná data mohou posloužit jako návrh pro další možné výzkumné šetření. Výstupem této bakalářské práce je manuál, který obsahuje desatero doporučení pro komunikaci s pozůstalými.

1 Současný stav

1.1 Komunikace a její struktura

Komunikace je univerzálním jevem lidské společnosti a regulátorem úrovně mezilidských vztahů. Je podmínkou existence každého sociálního systému a bez ní nemůže existovat sociální skupina. *Slovo komunikace pochází z latinského slova *communicare*, jehož význam je „činit něco společným, společně něco sdílet, něco spojovat, radit se, jednat nebo povídat si“ (Zacharová, 2016, s. 8).*

Komunikace je výměna informací mezi dvěma či více lidmi, která se řadí k základním sociálním potřebám. Komunikace slouží jako dorozumívací prostředek ve všech úrovních a oblastech činnosti, nebo jako zprostředkovatel vztahů mezi komunikujícími. Dále má komunikace informativní, persvazivní, zábavnou a v poslední řadě instruktážní funkci (Magurová et al, 2019).

Struktura sociální komunikace se skládá z prvků, které se navzájem prolínají. (Příloha 1) Prvním prvkem je komunikátor, jenž vysílá zprávu jiné osobě či sociální skupině za předpokladu, že příjemce má obdobnou zásobu poznatků umožňující porozumět sdělenému obsahu. Osoba, které je sdělení určeno se nazývá komunikant. Ten sdělení přijme a následně ho dekóduje, vnímání komunikanta je ovlivněno např. vlastními zkušenostmi, prožitky či osobnostní rovnicí. Vyslané sdělení je charakterizováno pojmem komuniké, je ve formě verbálních a neverbálních projevů, zahrnuje obsah zprávy, myšlenky, informace či názory. Pro umožnění předání zprávy je potřeba využití komunikačního jazyka, zde hrají důležitou roli procesy kódování a dekódování. K přenosu informace je určený komunikační kanál – zde popisujeme bezprostřední tedy přímý kontakt, který vzniká verbálně a neverbálně. Nepřímé kanály neboli zprostředkované, jsou využívány nejčastěji telefonické, písemné, audiovizuální – vizuální a elektronické (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011). Zeleníková (2019) charakterizuje tři hlavní komunikační kanály, jimi jsou kinestetický, který se týká prožívání vjemů, sluchový je složen z pokynů a mluvených slov, zrakový zahrnuje pohled a pozorování.

Sociální komunikace není pouze výměna informací ve vzájemné interakci, existují další aspekty, které mají v komunikačním systému nenahraditelné místo. Prvním je zpětná vazba, která poskytuje prostor člověku reagovat na přijaté sdělení v podobě způsobů interpretace a potvrzení (Zacharová, 2016). Úkolem zpětné vazby je komunikátorovi

předat informace o tom, jak příjemce porozuměl sdělení. Na základě zpětné vazby komunikátor může pozměnit zaslání zprávy, tak aby byla komunikace efektivnější (Zeleníková, 2019). Zásady zpětné vazby jsou obsaženy v „5 P zpětné vazby“ – pochopení, poděkování, ptaní se, poslouchání a použití (Magurová et al., 2019). Dalším prvkem komunikačního systému je komunikační prostředí, jež má na komunikaci velký vliv. Zahrnuje prostor, kde se komunikace odehrává, podněty, jež okolo působí a ovlivňují jak komunikátora, tak i komunikanta, obsahuje také formu zkreslení, která působí jako komunikační šum (Zacharová, 2016). Zeleníková (2019) charakterizuje šum jako překážku pro přijímání signálu. Má povahu fyzickou, která zahrnuje rušivé vlivy okolí, dále fyziologickou, která obsahuje např. poruchu sluchu, psychologickou obsahující emoce a sémantickou složku, do které řadíme např. odborné pojmy. Zacharová (2016) definuje situace, celkový rámec, ve kterém probíhá komunikace, jako komunikační kontext. Obsahuje složku vnější, která zahrnuje všechny stimuly, které na nás působily dříve a působí dnes, a složku vnitřní, která se odehrává v nás naslouchajících. Kontext je záležitostí psychologickou, sociální i kulturní. To, co nás ovlivňuje a co na nás v kontextu působí a ovlivňuje komunikaci, se nazývá komunikační modalita, která obsahuje následující stimulační vlivy například: čas, kdy komunikace probíhá, emoční vybavení, mezilidské vztahy, hmotný prostor, kde komunikace probíhá, sociální situace, věk a pohlaví účastníků, pozice účastníků komunikace z hlediska moci, kvalifikace nebo společenské role apod.

1.1.1 Verbální komunikace

Typy komunikace se člení na verbální a neverbální, zároveň se lze setkat s dalším dělením např. aktivní/pasivní, záměrná/nezáměrná či racionální/iracionální apod. (Lidická, Dingová-Šliková, 2018). Gabura a Gabura (2015) popisují, že podle povahy sdělované zprávy můžeme komunikaci rozdělit na komunikaci neverbální, tedy komunikaci pomocí mimoslovních prostředků, a verbální, která je za pomoci slov. Tyto dva typy komunikace jsou od sebe odděleny pouze na základě didaktických důvodů, ovšem v reálné komunikaci vytvářejí ve většině případů jeden celek.

Verbální komunikace je dorozumívání za pomoci slov či jazykových prostředků, zde je velmi důležitá slovní zásoba či všeobecný přehled (Lidická, Dingová-Šliková, 2018). Zacharová a Šimíčková-Čížková (2011) ve své knize uvádějí, že verbální komunikaci rozumíme dorozumívání se jedné, dvou nebo více osob, a to pomocí jazyka

či jinými znaky jazykového systému. Tento typ komunikace může být přímý, zprostředkovaný, mluvený nebo psaný, živý či reprodukováný. Tomová (2016) popisuje, že verbální komunikace je sdělování pocitů a zpráv za pomoci slov. Předpokladem pro úspěšnou a efektivní komunikaci je zejména zřetelnost, stručnost, jasnost, výstižnost a úplnost sdělených informací.

Zeleníková (2019) popisuje, že verbální komunikaci doplňují tzv. paralingvistické znaky, mezi které řadíme přestávky v řeči, správnou výslovnost, parazitická slova, intonaci, tón hlasu, rychlost, hlasitost projevu apod. Tyto projevy obohacují verbální sdělení a přidávají zprávě větší význam. Magurová et al. (2019) definují aspekty verbální komunikace, jimiž jsou: význam slov, slovní zásoba, stránka, kontext a situace, či okolnosti.

Pro dosažení efektivity v komunikaci mezi pacientem a sestrou, je nutné sledovat řadu prvků, které se podílejí na úspěšné komunikaci. Kromě rychlosti řeči, hlasitosti, pomlky, výšky hlasu apod., se v komunikaci vyskytují také další aspekty. Prvním je jednoduchost, je nutné použít krátké a stručné věty. V závěru je na místě si ověřit, zda nemocný rozuměl sdělení. Pro dosažení profesionality je vhodné použít stručnost, je důležité hovořit o podstatě věci a vynechat informace, které nejsou pro pacienta důležité. Po stručném sdělení je nutné nechat prostor pro dotazy. Podstatu věci je nutné vyjádřit zřetelně, je důležité si dát pozor na dvojsmyslná sdělení např. odchod-úmrť. U závažných témat je nutné zohlednění načasování, je důležitý nerušený prostor a dostatek času (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011). Zacharová (2016) definuje pojmy důvěryhodnost a spolehlivost zprávy. Aby sestra byla považována za důvěryhodnou, musí mít přesné informace. Autorky Venglářová a Mahrová (2006) uvádějí aspekt projevu, kterým je adaptabilita, ta představuje schopnost přizpůsobit styl hovoru v závislosti na pacientových reakcích. Podle Zacharové a Šimíčkové-Čížkové (2011) je významným kritériem pro úspěšnost komunikace i oboustrannost, to znamená cyklicky měnící se role poslouchajícího a hovořícího, díky tomu se vztah mezi nimi stane plnohodnotný.

1.1.2 Neverbální komunikace

Kabelka (2020) popisuje neverbální komunikaci jako souhrn mimoslovních sdělení, která jsou nevědomě či vědomě předávána člověkem.

Neverbální komunikace je úzce spjata s verbální komunikací, doplňuje každé komunikační jednání a je všudypřítomná. V jednom okamžiku je schopna nést několik významů nebo plnit více účelů zároveň. Verbální komunikaci velmi často doplňuje, umožňuje sdělení rytmizovat, zpřehledňovat, klást na některá vyjádření důraz či někdy zcela zastupovat (Boukalová et al., 2023). Jankovský (2018) uvádí, že nonverbální komunikace má mimořádný význam v pomáhajících profesích, jelikož právě díky ní získáváme podstatou část informací. Tento typ komunikace může zahrnovat jak signály naučené, zde můžeme zařadit např. salutování, tak signály vrozené, např. mrknutí. Zeleníková (2019) popisuje shodu nonverbálního a verbálního projevu jako tzv. kongruenci neboli shodu v projevu, jestliže se jedná o neshodu, projev se nazývá inkongruentní.

Vztah mezi neverbálním a verbálním chováním je ovlivňován jazykovými a myšlenkovými procesy odesílatele a závěry, které si vytváří příjemce na podkladě neverbálních signálů odesílatele. Neverbální a verbální projevy musí být velmi často posuzovány společně k porozumění sděleného. Rozsáhlý soubor výzkumů ukazuje, že gesta rukou, která jsou vytvářena během komunikace, jsou spolu se slovním projevem součástí systému tvorby řeči (Hall et al., 2019).

Při nonverbální komunikaci se uplatňují neverbální projevy neboli kanály. Nejvýznamnější je mimika. Svaly v obličeji jsou schopny vyjádřit mnoho vnitřních duševních pocitů a vytvořit velkou škálu výrazů (Jankovský, 2018). Mimika je komunikace za pomoci svalů tváře, vyjadřujících duševní stav člověka. Z tváře lze vyčíst např. štěstí/neštěstí, klid/rozčilení či zájem/nezájem apod (Zacharová, 2016). Hlavní komunikační kanály na tváři jsou oči, obočí, nos, čelo, zuby, brada, ústa, rty a lícní svaly (Gabura a Gabura, 2015). Zeleníková (2019) uvádí, že pomocí mimiky je možné sdělovat zejména emoce. Mimika může odrážet osobní vlastnosti, poukazovat na vnitřní stavy jedince a regulovat proces interakce.

Dalším způsobem neverbální komunikace je haptika, která je popisována jako komunikace dotekem. Sestra může dotekem vyjádřit sdílení, ujištění, blízkost či zájem o pacienta. Naopak je možné dotekem sdělit i zlost, agresi, frustraci či narušit osobní prostor a soukromí (Zeleníková, 2019). Gabura a Gabura (2015) uvádějí, že důležitou součástí haptiky je podání ruky mající svůj komunikační význam. Při podání ruky je důležitá síla stisku, natočení dlaně, délka stisku apod. Dle Zacharové (2016) je haptický

kontakt zprostředkovaný působením tepla a chladu, bolestí, tlakem na kůži či vibracemi nebo chvěním. V ošetrovatelské praxi je možné využít i doteky mající široký význam např. podržení za ruku, objetí či pohlazení. Pojem sebehaptika vyjadřuje situaci, kdy se člověk dotýká sám sebe, ve zdravotnictví popisuje u pacienta široký rozsah záporných emocí vyjadřujících např. strach, úzkost a napětí. Jankovský (2018) popisuje, že taktilní kontakt znamená průnik do intimní zóny člověka. Je vhodné vždy zvážit, zda fyzický kontakt bude příjemný i klientovi/pacientovi.

Tomová (2016) pracuje s pojmem gestika. Tento pojem zahrnuje pohyby rukou, hlavy či nohou, které mají velký sdělovací účel. Doplnují, doprovázejí či zastupují verbální projev. Existují ilustrační, regulační, znaková, emočně výrazová a adaptační gesta. Gabura a Gabura (2015) popisují, že existují různé možnosti dorozumívání se za pomoci gest, z nichž nejvýznamnější je znaková řeč. Znakovou řeč nevyužívají pouze lidé se zdravotním postižením, lze ji využít i tehdy, když nerozumíme jazyku druhé osoby, se kterou komunikujeme. Zeleníková (2019) uvádí, že podle významu lze gesta rozdělit do skupin – ukazovací, zobrazovací, standardní symbolická, výrazová, zabraňovací, komunikaci regulující, zdůrazňovací, a tzv. adaptéry.

Pojem proxemika označuje komunikaci za pomoci vzdálenosti mezi komunikujícími. Lze ji také chápat jako obor založený na členění osobního prostoru, ve smyslu dodržování hranic týkajících se blízkosti a vzdálenosti (Gabura, Gabura, 2015). Existují zónové oblasti, které se člení do čtyř skupin. Intimní zóna (15 cm – 30 cm) – zde mají vstup jen nejbližší lidé. V ošetrovatelské péči se sestra v intimní zóně ocitá například při hygienické péči. Osobní zóna (45 cm – 120 cm) je vzdáleností např. při diskusi, v ošetrovatelské péči např. při podávání léků. Ve společenské neboli sociální zóně (120 cm – 360 cm) se prohlubuje oční kontakt a slovní sdělování je dostatečně hlasité. Zde je komunikace formálnější a není zde umožněn tělesný dotek či vzájemná výměna pocitů. A v poslední řadě zóna veřejná (více než 360 cm), v této zóně se zdravotničtí pracovníci pohybují např. na seminářích (Zacharová, 2016).

Posturologie je řeč fyzických postojů, pohybových konfigurací a držení těla. Poloha těla naznačuje, co se děje v současnosti, ale také co se stalo před chvílí. Pokud je potřeba získat informace, uskutečnit sdělení, je na místě zvolit rovnocennou polohu. Mezi prvky posturologie se řadí poloha hlavy, končetin a naklonění těla (Zacharová, 2016). Gabura a Gabura (2015) popisují typy poloh těla. První polohou je poloha otevřená, kdy nohy

nejdou překřížené, ruce jsou volně podél těla. Tato poloha signalizuje připravenost přijmout sdělení jedince. Poloha ležerní může vyjadřovat uvolněný stav či odstup nebo pohrdání. Další poloha je polouzavřená představující z části obrannou polohu, je charakteristická zkříženými horními či dolními končetinami. Poloha uzavřená je charakterizována zkříženými jak horními, tak i dolními končetinami, je typická např. při obraně a znamená uzavřenost pro komunikaci s jedincem. Existují i další polohy – poloha vajíčka a poloha na kraji stoličky. Tomová (2016) popisuje, že posturologie poskytuje informace o zaujetí, emocích, postojích ke sdělení a k příjemci.

Kinetika popisuje pohybové aktivity jedince. Sleduje pohyby nohou, rukou, jednotlivých částí či celého těla a jejich rytmus, dynamiku, napětí či uvolnění (Zeleníková, 2019). Kinetika je spojená s pohybem celého těla a chůzí. Chůze může být např. těžká, hopsavá, unavená, strnulá apod. Do kinetiky spadá i stání, které může být např. houpavé, strulé apod. Kinetika může být nápomocná pro získání diagnostických informací pro pomáhající ošetrovatelské profese a zároveň ovlivnit způsob práce s pacientem (Gabura, Gabura, 2015).

Zeleníková (2019) popisuje pojmy teritorialita, vizika a chronemika. Teritorialita je projev vztahů k určitému předmětu nebo prostoru. S tím souvisí pojmy centrální označení, hraniční označení a značkování visačkou. Vizika je charakterizována jako komunikace pohledem. Pojem, který označuje vzájemné pohledy partnerů, se nazývá zrakový kontakt. Pohledy mají několik funkcí, např. projevení zájmu/nezájmu, projevení dominance či signalizace zpětné vazby apod. Posledním pojmem je chronemika, je to komunikace o způsobu, jak se zachází s časem a jeho využití ke komunikaci. Chronemika může poukázat např. na uspěchané chování, pomalou vleklou řeč, zbrklou apod. Zde se rozlišuje kulturní, psychologický, neformální a formální čas.

1.2 Komunikace ve zdravotnictví

Všeobecná sestra má k pacientovi nezvyklé postavení, které se velmi projevuje na lůžkovém oddělení. Je velmi blízkým člověkem, který o něj neustále pečuje. Je první, s kým se setkává, a poslední, s kým se loučí (Špaček, 2021).

Komunikace je základním prvkem ošetrovatelské péče, který se využívá jako nástroj interakce a budování vztahů nebo jako podpora. Ošetrovatelská komunikace ovlivňuje

zdraví a pohodu pacientů, může vzbudit důvěru, podpořit pohodu či sebedůvěru a posílit pacientovu autonomii (Högländer et al., 2023). Kiwanuka (2016) popisuje, že v ošetrovatelství jsou nezbytnou vlastností dokonalé komunikační dovednosti. Pro to, aby sestry mohly efektivně vykonávat svoji práci, musí komunikovat s širokým spektrem lidí, a to od pacientů a kolegů až po podřízené a nadřízené, taktéž s početnými rodinnými příslušníky a přáteli, kteří pacienta navštěvují během jeho pobytu ve zdravotnickém zařízení. Abdulla et al. (2022) popisují, že ve zdravotnickém prostředí je komunikace základním prvkem mezi pacienty a poskytovateli péče, přičemž díky obratné komunikaci si zdravotník může získat důvěru pacientů. Jestliže se vyskytnou komunikační bariéry, mohou ohrozit výsledek poskytnuté péče.

Efektivní komunikace je podstatným elementem při poskytování vysoce kvalitní ošetrovatelské péče a vede ke spokojenosti a zdraví pacientů. Efektivní komunikační schopnosti zdravotnických odborníků jsou klíčové pro efektivní poskytování péče a mohou mít pozitivní výsledky – snížení pocitu viny, úzkosti, bolesti a příznaky onemocnění (Norouzinia et al., 2015). Komunikace hraje nejdůležitější roli mezi pacienty, zdravotními sestrami a ostatním ošetrujícím personálem. Použití vhodných komunikačních schopností může pacientům pomoci zlepšit stav, mít lepší duševní kondici a spokojenost (Lotfi et al., 2019). Kvalitní komunikace mezi sestrou a pacientem je považována za jeden z faktorů, který má vliv na zlepšení péče o pacienty a může zlepšit spokojenost a nezávislost pacientů, nebo chránit pacienta před nepříznivými zdravotními následky způsobenými neefektivní komunikací (Babaii et al., 2021).

Komunikace je považována za efektivní v případě, získá-li příjemce totožnou informaci, jakou mu předává odesílatel. Pro zdravotnické pracovníky je obtížné udržet efektivní komunikaci v prostředí, kde čas sester a prostředí je omezené, pracovní vytížení je velké a stav pacientů složitý a proměnlivý (He et al., 2022).

Magurová et al. (2019) si myslí, že vztah zdravotnického pracovníka k pacientovi je velmi významný. Sestra se zabývá potížemi, biologickými, sociálními a psychickými potřebami klienta. Je to ona, kdo pacienta provádí po oddělení a je svědkem posledních chvil pacienta. S klientem tráví spoustu času a přímém kontaktu a klient v ní hledá pomoc, porozumění a oporu. V rámci profesionálního chování zdravotnického personálu je důležitá schopnost navazovat a udržovat slovní kontakt. Magurová et al. (2019) dále popisuje skutečnost, že nesprávná a nevážená komunikace s klientem vyjadřuje,

že si ho sestra neváží a znehodnocuje tím svoje profesionální poslání a vlastní osobnost. Sestra si musí osvojit zručnost komunikace, jež je neoddelitelnou součástí procesu, zaměřujícího se na podporu a udržení zdraví. K důležitým zručnostem sestry se řadí naslouchání, empatie, asertivní chování, porozumění a mlčení. Při rozhovoru sestra napomáhá klientovi, aby dokázal vyjádřit své potřeby a eliminoval strach. Zacharová (2016) uvádí skutečnost, že ve zdravotnické praxi kromě interpersonální komunikace tedy komunikace mezi dvěma či více osobami, je využívána i komunikace intrapersonální, kterou využíváme např. při získávání údajů z archivu či počítače při opakovaných hospitalizacích.

V klinické praxi se využívají tři typy komunikace. Prvním je sociální tedy neformální, druhým typem je naplánovaná tedy strukturovaná a posledním typem je terapeutická komunikace. Terapeutická komunikace umožňuje překonávat stres, adaptovat se na nezměnitelné události, umožňuje překonávat překážky a umožňuje nám dobře vycházet s lidmi. Sestry mohou terapeutickou komunikaci využít například k tomu, aby pomohly pacientovi vyrovnat se závažnou nemocí (Zeleníková, 2019). Terapeutická komunikace se řadí k dovednostem, které by měl využívat veškerý zdravotnický personál včetně sester. Hlavním objektem této komunikace je klient a jeho potřeby, zkušenosti. Výsledky jsou zaměřeny na zdokonalení dovedností ke zvládnutí pacientova zdravotního stavu a pohody – tedy zvládnutí veškerých potíží, které jsou spojené se zdravím (Trešlová, 2014). Terapeutická komunikace se často odehrává ve formě rozhovoru s pacientem. Při kontaktu s nemocným zdravotník poskytuje pomoc a oporu v těžkých chvílích rozhodování či přijímání nepříjemných nebo vážných skutečností apod. (Zacharová, 2016). Zeleníková (2019) popisuje prvky terapeutické komunikace, jimi jsou – aktivní naslouchání, objasnění, asertivita, řešení konfliktu, konfrontace, humor, vyjednávání, reflexe, sumarizace a ticho. Lidická a Dingová-Šliková (2018) si myslí, že je důležité vytvořit vstřícné a důvěryhodné prostředí, které je založené na respektu a úctě, dále je důležité porozumět pacientovým potřebám a předejít jeho negativnímu chování. Nikdy by neměl mít dojem, že zdravotník spěchá a že jeho dotazy jsou považovány za banální.

1.2.1 Bariéry v komunikaci

Komunikační proces je ovlivňován celou řadou faktorů, které mohou tento proces problematizovat nebo zefektivnit. Na základě rozdílných zkušeností, osobnostních

rozdílů, vlivu prostředí či aktuálních potřeb mohou komunikující strany různým způsobem interpretovat význam sdělení (Gabura, Gabura, 2015).

Komunikační bariéry jsou děleny do dvou základních skupin. Interní bariéry se týkají osobnostních potíží komunikujícího, může to být například obava z neúspěchu, zlost či nesympatie. Externí bariéry se týkají prostředí, jedná se např. o rušivé vlivy okolí, nevhodné uspořádání nábytku, vyrušování či rozptylování třetí osobou. Komunikačními bariérami se rozumí veškeré překážky, které musí být při komunikaci překonány či brání jejímu uskutečnění (Tomová, 2016). Zacharová (2016) popisuje termín praktická překážka jako rušení vnitřními a vnějšími podněty či velmi tichým hlasem sdělujícího. Dále jazyková bariéra bývá dána dlouhými větami s použitím mnoha důležitých informací či rychlým nesrozumitelným sdělením. Překážka intelektová popisuje odlišnost odborného vyjádření. Překážka v porozumění poukazuje na různé pochopení komunikačního obsahu. Fyziologické překážky jsou dány např. únavou či bolestí. Gabura a Gabura (2015) charakterizují emotivní překážku jako emoce vyvolávané obsahem či osobou, se kterou komunikujeme. Emoce mohou být pozitivní, např. radost a nadšení, naopak mohou být i negativní, např. rozčilení, podráždění nebo hněv. Jestliže osoba či obsah komunikace vzbuzují silné emoce, brání tak v efektivitě přijímání či vysílání informací, v tomto případě se jedná o překrývání komunikace a pozornosti emocemi. Jestliže jednomu z komunikujících brání emoce v komunikaci, je vhodné vytvořit prostor pro ventilaci emocí a následně pokračovat v rozhovoru.

Bariéry v ošetrovatelské péči mohou být např. informační přetížení, které vede k přehlcní pacienta a vzniká při nedostatečné diagnostice schopností příjemce. Absence zpětné vazby, nedostatečná či nevhodná volba komunikačního kanálu vedoucí k nepochopení sdělujících informací, která se vyskytuje zejména u osob smyslově handicapovaných, osob rozdílného vzdělání a věku. Bariérou v ošetrovatelské péči může být rozdílnost v kódování a dekodování sdělení, která směřuje k odlišné interpretaci mezi komunikátorem a komunikantem. Dále používání cizích slov a odborné terminologie, osobnostní dispozice jedince, nebo také momentální tělesná kondice, která zahrnuje např. únavu, nedostatek spánku či pocit hladu (Tomová, 2016).

Zacharová a Šimíčková-Čížková (2011) popisují překážky ze strany sestry bránící kvalitní komunikaci, mezi které se zařazují např. nejasné a nepřesné informace, polopравdivé informace, únik od tématu či vyhýbání se problematice. Může vzniknout

dvojkolejnost, kdy se pacient a sestra vzájemně neposlouchají. Neprofesionalitu způsobuje i nadměrné množství informací či neetické chování, které je spojováno s výsměchem či urážkami. Není vhodné např. vnučování vlastních návodů na řešení potíží, nebo používání odborné terminologie. I ze strany pacienta mohou vzniknout překážky, nejčastěji se vyskytují situace, kdy klient nechce, nemůže nebo neumí komunikovat. Typickým příkladem absence komunikace ze strany pacienta je situace, kdy je pacient cizinec a jazyku komunikace nerozumí. Mezi důvody, kdy pacient nechce komunikovat se řadí například bolest, strach, úzkost, nedůvěru k sestře, či hospitalismus. Mezi situace, kdy pacient nemůže komunikovat, se řadí např. při onemocnění afázie, při operacích krku nebo při kvalitativních poruchách vědomí a bezvědomí.

Existují faktory ovlivňující komunikaci. Prvním je psychofyziologický kontext tvořící vnitřní faktory, např. emocionální stav, nenaplněné postoje, vnímání či osobnost. Vztahový kontext obsahuje charakter vztahů mezi účastníky, např. úroveň důvěry, otevřenosti či společenské nebo přátelské vztahy. Kontext situační zahrnuje důvod komunikace, zdali je určena k dosažení cílů, výměně informací či vyjádření emocí apod. Kulturní kontext popisuje sociokulturní složky, které ovlivňují interakci, např. jazyk a způsob vyjadřování či zvyky apod. V poslední řadě enviromentální kontext obsahující prostředí, kde se komunikace odehrává, zde je zahrnuta, např. míra soukromí, přítomnost hluku a rozptylujících faktorů apod. (Zeleníková, 2019).

Jazykové bariéry ovlivňují přístup ke zdravotní péči, bezpečnost a spokojenost pacientů. Vyžadují začlenění tlumočnických služeb do procesu poskytované péče a terapeutického vztahu pro minimalizování rozdílů (Gerchow et al., 2021).

1.3 Komunikace s pozůstalými

Interakce s pozůstalými příbuznými je velice náročná. Po oznámení úmrtí příbuzného nastává fáze chaosu, tzv. náraz, který trvá od období úmrtí člena rodiny do doby, kdy pomine počáteční ohromení, v této fázi proběhne pohřeb a obvykle trvá tři týdny. V této fázi se nepodávají rady, ale poskytuje se praktická pomoc. Druhou fází je období přizpůsobení se, kdy vzniká potřeba vnější podpory, trvající kolem dvanácti měsíců (Magurová et al., 2019).

Veverková a Svoboda (2019) popisují, že interakce s pozůstalými je velmi obtížná a je potřeba se s touto situací důstojně vypořádat. Pro blízké pozůstalé je sdělení úmrtí

velice stresující. Oddělení by mělo být vybaveno klidnou místností, jež je určena ke komunikaci s nemocným při sdělování závažného onemocnění a k interakci s pozůstalými.

Pro pozůstalé může být komunikace v souvislosti se zármutkem cenná, hovoření o zármutku může zmírnit emocionální stres, který zármutek může doprovázet. Mluvení o zármutku může být i prostředkem pro získání sociální podpory, která může ujistit pozůstalé, že jejich ztráta je důležitá. Může pomoci jim projednat změnu identity a jejich role, jež jsou důsledkem ztráty (Basinger et al., 2016).

Alexandrová et al. (2022) uvádějí doporučení pro zdravotnický personál a psychology při krizové intervenci s pozůstalými, jedná se např. o aktivní naslouchání, empatické chování, vyhledání společného řešení, nechat pozůstalého hovořit o zemřelém a okolnostech smrti či o jejich společném vztahu, dále projevení soustrasti a účasti či nechat pozůstalého zpracovat a ventilovat jeho pocity.

1.3.1 Komunikace mezi lékařem a pozůstalými

Kalvínská (2011) v knize Ptáčka a Bartůňka zastává takový názor, že oznamování úmrtí pacienta ve zdravotnických zařízeních náleží lékaři. Při nepřítomnosti příbuzných by jim lékař měl v co nejkratším čase zatelefonovat, jakmile to situace na oddělení dovolí. Při očekávaném úmrtí je na místě, aby se lékař dohodl s rodinou na dalším postupu, pokud nejsou přítomni, zda chtějí sdělení ihned po úmrtí pro možnost rozloučení, či zda jim nezáleží na rychlosti sdělení – zejména v noci. Pokud jsou přítomni příbuzní v době úmrtí a přejí si být se zemřelým sami, lékař by měl jejich přání umožnit a respektovat.

Kupka (2014) popisuje komunikaci lékaře s pozůstalými. Je nevhodné, aby sdělení o úmrtí blízkého člověka bylo předáváno vestoje mezi dveřmi na chodbě. Lékař by si měl na takto závažné sdělení a rozhovor zvolit bezpečné a klidné prostředí. Je na místě zachovat veškeré společenské rituály – představit se, posadit se společně, zajistit, aby nedošlo k vyrušení, a vyjádřit soustrast pozůstalým. Vhodné je popsat okolnosti úmrtí, je důležité je předem znát, aby nedošlo ke zbytečným rozporům v případě, že by pozůstalí chtěli hovořit s dalšími členy ošetřujícího personálu. Pokud se jedná o náhlé úmrtí, je důležité ponechat dostatek času, aby pozůstalí mohli zprávu nejen slyšet, ale také přijmout a vyrovnat se s ní. V prvních chvílích nejsou schopni

zprávě uvěřit, je tedy důležité mluvit co nejsrozumitelněji, jednoduše a bez použití eufemismů. Při rozhovoru by si lékař měl zajistit dostatek času, aby nevzbuzoval dojem, že chce mít situaci velmi rychle za sebou. Po zklidnění je důležité přistoupit k seznámení se všemi formalitami, kterým musí pozůstalí vyhovět, k tomu může být nápomocný krátký informační text. Dále může být nabídnuta pomoc sociálního či duchovního pracovníka či psychologa.

Lai et al. (2023) uvádí, že adekvátní způsob sdělení ohledně úmrtí blízkého usnadní proces truchlení, který následuje. Jakým způsobem tuto fázi zdravotničtí pracovníci zvládnou, se odrazí na emocionálním prožívání pozůstalých.

1.3.2 Komunikace mezi sestrou a pozůstalými

Sestra, která přichází často do kontaktu s osobami prožívající ztrátu, jim může poskytnout podporu, pomoc a péči zejména prostřednictvím empatické a vstřícné komunikace. Je tedy důležité, aby si osvojila průběh procesu truchlení. Proces normálního truchlení se skládá ze tří stádií – krátké období otřesu, období intenzivního žalu a zármutku a období rekonvalescence, kdy se pozůstalí vracejí k běžnému životu (Zeleníková, 2019).

Poté, co lékař oznámí pozůstalým úmrtí jejich blízkého, otevírá se prostor pro to, aby sestra naslouchala pozůstalým a utěšovala je během počátečního šoku (Špatenková, Králová, 2009).

Při předání pozůstalosti je vhodné vyjádřit upřímnou soustrast, zachovat ohleduplnost a důstojnost. Do tzv. předávacího protokolu je potřeba podpis sestry, člena rodiny a svědka. Podpis je určen pro zdokumentování, kdo věci vyzvedl a kdo předal. Je na místě, aby blízcí dostali informace o možnostech organizace pohřbu – co musejí zajistit, kam mají odnést oděv zemřelého atd. Není od věci mít připravený materiál s informacemi a kontakty (Vytejková, 2013).

1.3.3 Komunikace s pozůstalými v jednotlivých fázích smutku

Velmi známé jsou fáze procesu umírání, které popsala Elisabeth Kübler-Rossová, které se týkají duševního stavu umírajícího, jeho reakcí na nepříznivou nemoc a mohou být aplikovány i na prožívání doprovázejících osob (Špatenková et al., 2014). Fázemi popsanými Elisabeth Kübler-Rossovou si neprochází pouze pacient, ale i jeho nejbližší.

Ne vždy tyto fáze musí zachovat pořadí, některé se mohou vracet, střídát se nebo prolínat (Bužgová, 2019).

Klíčovým úkolem členů zdravotnického týmu, především sester, které jsou v osobním kontaktu zejména s umírajícím pacientem, je důležité správně rozpoznat, v jaké fázi se dotyčný nachází, a umět vhodně a efektivně komunikovat (Ondriová, 2021). Jednotlivé fáze jsou známé v anglickém jazyce pod zkratkou DABDA, která je tvořena slovy – denial, anger, bargaining, depression a acceptance (Kabelka, 2020).

První fázi je šok, v této fázi se pacient dozvídá informaci o svém nevyléčitelném onemocnění, skutečnost popírá a nachází se v izolaci (Bužgová, 2019). Umírající či truchlící se pokoušejí nalézt jiné autority, které by zvrátily nepříjemnou skutečnost o přicházející smrti (Špatenková et al., 2014). Dotyčného doprovází proměnlivé emoce, mohou zde převládat pocity paniky, zmatenosti, úzkosti nebo bezradnosti (Bednařík, Andrášiová, 2020). Nemocní popírání mohou vyjádřit vyřknutím, že např. došlo k výměně výsledků a musí to být omyl (Kabelka, 2020). Je potřeba, aby lékař či sestra pacienta vyslechli s pochopením a trpělivostí. V této fázi je důležité komunikovat upřímně, citlivě a za použití verbálních a neverbálních projevů komunikace a respektovat popírání a odmítání pravdy (Ondriová, 2021).

Druhá fáze je popisována jako agrese či hněv. V této fázi si dotyčný uvědomuje, že v popírání nelze pokračovat. Nemocný/truchlící v sobě chová závist a vztek, v tomto okamžiku může přestat komunikovat a spolupracovat se zdravotnickým personálem. Může se projevat otázkou např. Kdo za tohle může? (Kabelka, 2020). Pacient si plně uvědomuje realitu a prožívá krizi, která se projevuje agresivitou, obviňováním svého okolí a výbuchy zlosti. Jeho okolí často nerozumí, co je důvodem tohoto chování, a to vede ke zvýšené izolaci. V této druhé fázi je potřeba respektovat hněv, být trpělivý, věnovat čas a pozornost či respektovat negativní reakce a minimalizovat vznik konfliktu (Ondriová, 2021). Nemocní hněv nejčastěji obrací na své okolí – zdravé přátelé, lékaře a další (Špatenková et al., 2014).

Třetí fázi je smlouvání, v tomto stádiu se umírající/truchlící pokoušejí vyhledat možnost, která by zajistila prodloužení života či uzdravení (Špatenková et al., 2014). Tato fáze může být vyjádřena slovy, např. chtěla bych se dožít svých vnoučat (Kabelka, 2020). Mezi intervence zdravotnického personálu patří snaha podpořit a pomoci klientovi

ve snaze bojovat, je důležité povzbuzovat, naslouchat, ujišťovat a nechat dostatek prostoru svěřit se, vypovídat se a dotazy citlivě zodpovědět (Ondriová, 2021).

Následuje čtvrté stádium smutku a deprese. V této fázi truchlíci/umírající trpí strachem, obavou a smutkem z budoucí situace (Špatenková et al., 2014). V této situaci by jeho okolí mělo dotyčného ujistit, že nezůstane sám ani ve chvílích smrti (Bužgová, 2019). V některých situacích je potřeba podat psychofarmaka (Kabelka, 2020). Je klíčové, aby zdravotnický tým rozpoznal depresivní stav a pomohl dotyčnému vyrovnat se s nezvratným osudem. Důležité je povzbuzování, poskytnutí prostoru pro pláč, respektování práva pro smutek a poskytnutí prostoru pro vyjádření emocí a pocitů (Ondriová, 2021).

V poslední páté fázi je smíření. V tomto období se člověk začíná vyrovnávat se smrtí svou či smrtí blízkého (Kabelka, 2020). Umírající/truchlíci akceptují fakt nevyhnutelnosti smrti a konečnosti, smíření se smrtí a nemocí (Špatenková et al., 2014). Opačný stav se nazývá rezignace (Bužgová, 2019). V této fázi dotyčný je schopen vyjádřit své pocity, nepocítuje hněv ani vztek a přijímá nevyhnutelnou smrt (Ondriová, 2021).

Elisabeth Kübler-Rossová nejdříve aplikovala tato stádia pouze u osob, kteří trpí smrtelnou nemocí, avšak později i na kterýkoliv druh osobní ztráty. Tato stádia nemusejí nutně nastávat ve výše zmíněném pořadí, a ne všemi si musí člověk projít, ovšem nejméně dvě z nich zažije (Kabelka, 2020).

1.4 Péče o pozůstalé

Kabelka (2020) popisuje, že v průběhu vedení péče často dochází předem i k podpoře budoucích pozůstalých. Důležitým cílem je předcházení patologickému truchlení. Příprava na roli pozůstalých je významně v rukou zdravotníků, a to od časně indikace paliativní péče, přes komunikaci, kvalitu poskytované péče až po doprovázení. Negativní ovlivnění života celé rodiny, mnohdy i několik členů, může způsobit patologické truchlení, kvůli kterému pak může být po řadu měsíců i let narušena kvalita jejich života. Přijetí těžké reality zásadně ovlivní krátká modlitba po úmrtí s pozůstalými, krátký podpůrný rozhovor, ocenění jejich investice do života či života s nemocí i umírání jejich blízkého.

Existují body, které jsou z pohledu nejbližších zemřelého důležité. Jednak je to informování o úmrtí, vyjádření účasti, ale i citlivá a empatická komunikace.

Je na místě usnadnit nejbližším následné prožívání truchlení a vyrovnání se ztrátou. Dát možnost odpuštění, emočnímu doprovodu a možnost důstojného rozloučení se s blízkým. Nejbližší potřebují pocit podpory z okolí, jejich porozumění, uvolnění a možnost komunikace, v poslední řadě vědět od zdravotnického personálu, že blízcí pozůstali udělali vše, co bylo v jejich silách Kabelka (2020). Kupka (2014) uvádí, že základem krizové intervence u pozůstalých příbuzných je navázání kontaktu a vytvoření atmosféry a podmínek k rozhovoru, které by umožnily projevit emoce, které jsou spjaté se smrtí blízkého člověka. Zde je důležitá emocionální podpora.

Démuthová (2015) popisuje, že jeden z nejdůležitějších faktorů, napomáhající normálnímu průběhu zármutku a umožnění pozůstalým vypořádat se se ztrátou, je podpora okolí. Může se jednat o blízké, kteří společně s pozůstalým sdílejí smutek, přátele či neznámí – lékaři, psychologové, duchovní a laická veřejnost mající podobný osud.

1.4.1 Poradenství pro pozůstalé

Smrt blízkého člověka představuje obrovský zásah do života pozůstalých. Zdrčení pozůstalí mají dojem, že už nikdy nemohou být šťastní, truchlí a jsou hluboce zarmoucení. U blízkých ztráta nevyvolává pouze silné emoční reakce, ale narušuje jejich pocit vlastní identity, vlastní integritu, vztahy s ostatními lidmi či přesvědčení o bezpečnosti a stabilitě světa. V takové situaci pozůstalí potřebují podporu a pomoc. Hlavním pramenem pomoci pozůstalým by měli být především jejich nejbližší – přátelé, rodina, známí a příbuzní. Úmrtí člena rodiny je významným způsobem zasažena struktura a fungování celé rodiny a její systém může být smrtí a truchlením narušen natolik, že se může stát dysfunkční. Úmrtí blízkého vyvolává nejenže zcela nové, specifické problémy, ale může také otevřít dřívější již existující a dosud nevyřešené nebo zveličit stávající potíže. V tomto okamžiku ani rodina nemůže být zdrojem pomoci, jestliže i rodina potřebuje pomoc. Dostatečnou oporou nebývají ani známí či přátelé, velmi často totiž neví, jak se k pozůstalým chovat, jak s nimi mluvit nebo co by mohli udělat. Na základě těchto situací truchlící hledají podporu jinde – u lékařů, sociálních pracovníků, nejrůznějších poradců, pracovníků hospicových poraden, u psychologů či duchovních poradců (Špatenková, 2023).

Špatenková (2023) popisuje čtyři oblasti, ve kterých pozůstalí potřebují pomoc a podporu. První oblast je psychická, jestliže mají potřebu o úmrtí mluvit, je potřeba

jim naslouchat a pomoci jim zvládat jejich reakce i reakce okolí. Pragmatická oblast zahrnuje praktickou pomoc, např. při řešení administrativních záležitostí a organizaci pohřbu. Oblast informační obsahuje získávání informací o místě, kde se nachází tělo zemřelého, zda mají právo nahlížet do policejních spisů či zdravotnické dokumentace. Poslední oblast je ekonomická, ta nastává, např. tehdy, pokud se rodina ocitne v souvislosti s úmrtím v situaci hmotné tísně.

Existuje několik doporučení pro pozůstalé, např. hovořit o zemřelém, je potřeba zachovat si svůj režim a brzy se vrátit do zaměstnání. Je důležité nebránit se návštěvě lékaře či psychologa a dovolit druhým, aby byli nápomocní. (Alexandrová et al., 2022).

1.4.2 Reakce pozůstalých

Většina osob se adaptuje na ztrátu blízké osoby bez podpory. Ovšem u menší části pozůstalých se objevují dlouhodobé příznaky zármutku či komplikované truchlení, kdy dochází k poruchám jejich každodenního fungování (Pearce et al., 2021).

Reakce na ztrátu jsou odlišné, nejdůležitější je pocit bezmoci a osamělosti. Období zármutku je normální a humánní odezvou na ztrátu, je nevyhnutelný, ale jeho doba trvání může být velmi dlouhá. Zkušenosti se ztrátou a se ztrátou blízkého člověka jsou velmi individuální. Každý může truchlení prožívat jiným způsobem a často je těžké pro jednotlivce ztrátu přijmout. Některé univerzální a obecné reakce na ztrátu jsou otupělost, hněv, pláč, nevíra ve smrt, nespravedlnost či pozůstalí mohou cítit pocit viny atd. (Pop-Jordanova, 2021).

Li, et al. (2023) si myslí, že ztráta je sice nevyhnutelnou součástí lidské existence, avšak prožívání smutku může často přejít v duševní bolest, utrpení a potencionálně může mít i negativní zdravotní následky. Jestliže prožívání zármutku přetrvává i nadále či se stává patologickým, může být spojeno se zvýšenou mírou celkového zármutku, posttraumatickou stresovou poruchou či depresí. Tyto stavy mohou vést ke zvýšené úmrtnosti. Kübler-Ross (2015) popisuje skutečnost, kdy členové rodiny jsou velmi často ponecháni sami sobě, ve chvíli, kdy podepíší souhlas k pitvě, dál už si jich nikdo nevšímá. Plní hněvu a hořkosti či ohromení jdou po chodbách nemocnice a velmi často nejsou schopni si krutou realitu připustit. Mnozí se ponořují do vzpomínek a do představ. Velmi často promlouvají k zemřelému, jako by ještě žil, tímto přístupem se izolují od lidí a zároveň si ztěžují cestu pro přijetí smrti jako reality.

Fancourt et al. (2022) uvádějí, že v prvních několika letech po ztrátě blízké osoby se vyskytují různé duševní následky. Mezi nejčastější následky patří afektivní reakce, které zahrnují např. hněv, pocit viny a osamělost. Dalšími jsou kognitivní reakce, do kterých se řadí např. snížené sebevědomí, popírání a bezmoc. Behaviorální reakce obsahují např. sociální stažení či únavu. A poslední jsou fyziologicko-somatické reakce, které zahrnují poruchy spánku, vyčerpání a ztrátu chuti k jídlu. Zmíněné faktory se diferencují na základě faktorů, kterými mohou být např. věk, předchozí zkušenosti se zármutkem či kvalita vztahu se zesnulým či sociální podpora apod.

Alexandrová et al. (2022) popisují, že truchlení je zdravou a normální reakcí na ztrátu. Jde o dynamický proces, který se nejčastěji projevuje zármutkem, depresí, úzkostnými stavy nebo doprovázejícími somatickými potížemi. Mnoho pozůstalých je schopno mobilizovat síly a se situací se v průběhu měsíců vyrovnat bez nutnosti využití intervencí psychologických či zdravotnických profesionálů. Fáze normálního procesu truchlení se řadí do tří oblastí. První je šok, charakterizován očekáváním návratu zemřelého, pozůstalí si připadají otupělí, zmatení, tato fáze trvá v rozmezí minut až týdnů. Druhou fází je akutní reakce na ztrátu, kdy se vyskytují intenzivní vzpomínky na zemřelého, objevuje se pocit viny, psychosomatické příznaky a vztek apod., trvající týdny až měsíce. Poslední fází je restituce a reorganizace, kdy probíhá rozloučení se se starou sociální rolí a nalezení nové či znovunalezení radosti, toto stádium trvá měsíce až roky.

Alexandrová et al. (2022) popisují, že u části pozůstalých se vyskytuje patologické neboli komplikované truchlení, které je charakterizováno intenzivní a dlouhou dobou smutku – více než jeden rok po úmrtí. V tomto období se vyskytuje např. deprese, zoufalství, osamělost, pocit viny apod. Existují typy komplikovaného truchlení, prvním je chronická reakce, ta se vyznačuje akutními projevy reakce na ztrátu, které trvají déle než rok, dále opožděná reakce a absence truchlení, přehnaná reakce a v poslední řadě tzv. larvová reakce vyznačující se, např. závislostí na alkoholu či suicidálními pokusy. Je důležité hodnotit riziko komplikovaného truchlení a intervencemi předcházet jeho vzniku či mírnit projevy. Colvin a Ceide (2021) popisují, že komplikovaný zármutek neboli prodloužený zármutek je porucha adaptace na ztrátu zahrnující trvalý stesk po zemřelém. Kupka (2014) popisuje, že formy patologického truchlení vznikají na podkladě událostí, které vedly k úmrtí, např. neočekávané úmrtí či úmrtí za hrozivých okolností.

Kupka (2014) uvádí skutečnost, že první dva měsíce mají pozůstalí právo na zjevné projevení zármutku, jeho okolí by mělo přijmout a pochopit jejich pláč či smutné nálady. Přibližně po dvou měsících by měl být pozůstalý schopen se navrátit ke všem pracovním úkolům a zvládnout fungování v sociální interakci, zde se navrácí tělesná kondice u osob, které velmi dlouho pečovali o těžce nemocného. Zármutek pokračuje, bylo překonáno pouze nejtěžší stádium. Ovšem teprve po roce dochází k celkovému přizpůsobení se a přijetí nové identity.

Kabelka (2018) popisuje důležité role pro pozůstalé, kterými jsou přijetí ztráty jako realitu, umět se přizpůsobit ve světě bez zemřelého, prožít zármutek a citově se odpoutat od zemřelého a investovat do jiných vztahů.

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl č.1: Zjistit, zda sestry mají zkušenost s komunikací s pozůstalými.

Cíl č.2: Zmapovat, zda poskytuje zdravotnický personál dostatek času pro případné otázky při komunikaci s pozůstalými.

Cíl č.3: Zmapovat, zda zdravotnický personál zajišťuje dostatek intimity pro pozůstalé.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka č.1: Jaké jsou vaše zkušenosti s komunikací s pozůstalými?

Výzkumná otázka č.2: Myslíte si, že dáváte dostatek prostoru pro případné otázky při komunikaci s pozůstalými?

Výzkumná otázka č.3: Jakým způsobem zajišťujete dostatek intimity pozůstalým při komunikaci?

2.3 Operacionalizace pojmů

Zkušenost = oblast získaných poznatků, činů

Komunikace = rozhovor, konverzování

Pozůstalý = je příslušník rodiny zemřelého

Sestry = všeobecné sestry

Prostor = časová dotace pro dotazy pozůstalých

Intimita = poskytnutí dostatku soukromí při rozhovoru

3 Metodika

3.1 Metodika práce

Pro vypracování empirické části bakalářské práce byla použita strategie kvalitativního výzkumného šetření. Kvalitativní výzkum je popisován jako nematematický analytický postup, může to být, např. výzkum, který se týká příběhu či chování (Kutnohorská, 2009). Pro sběr dat byla použita metoda dotazování a technika polostrukturovaného rozhovoru. Pro dosažení cílů této práce byla vytvořena osnova rozhovoru obsahující třináct otevřených otázek (Příloha 3), které byly před samotným výzkumným šetřením upraveny tak, aby byly srozumitelné a dokázaly odpovědět na vytvořené výzkumné otázky. Úprava byla provedena na základě cvičných rozhovorů s rodinnými příslušníky.

Pro výzkumné šetření bylo zvoleno zdravotnické zařízení. Výzkumný soubor byl tvořen probandy, konkrétně všeobecnými sestrami, pracujícími na interním a chirurgickém oddělení. Před zahájením samotného výzkumného šetření spočíval první krok v oslovení hlavní sestry vybraného zdravotnického zařízení Jihočeského kraje. Hlavní sestře byla zaslána žádost o provedení výzkumu, obsahující mé kontaktní údaje, téma práce, cíle, výzkumné otázky, využití pro praxi (Příloha 4). S žádostí byla odeslána i skladba otázek pro získávání dat (Příloha 3). Po udělení souhlasu hlavní sestry byly obeznámeny vrchní a staniční sestry emailem o získaném souhlasu a účelem získávání dat na interním a chirurgickém oddělení. Vzhledem k vytiženosti oddělení byly pro provedení výzkumného šetření zvoleny odpolední hodiny. Po příchodu na interní a chirurgické oddělení byli probandi obeznámeni s účelem mé návštěvy a tématem mé bakalářské práce. Před zahájením rozhovorů byli probandi informováni o průběhu rozhovoru, a také s informovaným souhlasem (Příloha 2), který zajišťoval anonymitu při zpracování získaných dat, nahráváním rozhovoru pomocí diktafonu a možností odmítnutí odpovědět na jakoukoliv z otázek apod. Souhlas byl představen ústní i psanou formou. Za účelem zachování anonymity jednotlivých probandů, kteří se podíleli na rozhovoru, nebyly k práci přiloženy jejich podepsané souhlasy nýbrž pouze vzor (Příloha 2). Souhlas byl potvrzen jejich podpisem. V úvodu rozhovorů byly zjištěny základní identifikační údaje probandů – věk, nejvyšší dosažené vzdělání a délka praxe na oddělení. Rozhovory byly zaznamenány pomocí diktafonu na mobilní telefon. Námětem otázek (Příloha 3), které byly vytvořeny bylo mapování zkušeností všeobecných sester s komunikací s pozůstalými, jaký prostor dávají pozůstalým pro dotazy, a jak vypadá prostředí,

ve kterém komunikace s pozůstalými probíhá. Jednotlivé rozhovory byly uskutečněny osobně na půdě nemocničního zařízení, kde bylo poskytnuto pro rozhovor klidné prostředí (denní místnost sester, vyšetřovací místnost).

Rozhovory byly ukončeny na základě teoretického nasycení. Celkem bylo provedeno osmnáct rozhovorů, z nichž osm bylo uskutečněno na stanici interního oddělení a deset rozhovorů bylo uskutečněno na stanici oddělení chirurgického. Jednotlivé rozhovory byly postupně přepsány do počítačového programu Word a následně vytisknuty do papírové podoby. Pro výzkumné šetření bylo použito třináct předem připravených otázek (Příloha 3). Získané informace byly analyzovány metodou otevřeného kódování, tzv. kódování v ruce, kdy byla jednotlivá data rozebrána a následně poskládána. Pro lepší orientaci byly informace zvýrazněny a tím vytvořeny podkategorie a následné kategorie, které byly sumarizovány k výzkumným otázkám. Získaná data byla rozčleněna do podkategorií a kategorií.

3.2 Výběr výzkumného souboru

Pro výzkumnou část byl vybrán výzkumný soubor záměrně. Byli vybráni nelékařští zdravotničtí pracovníci, konkrétně všeobecné sestry pracující na interní a chirurgické stanici ve vybraném ZZ Jihočeského kraje. Kritériem pro zvolení probandů bylo, aby se jednalo o všeobecné sestry pracující na stanici interního a chirurgického oddělení. Toto kritérium bylo zvoleno pro splnění cíle bakalářské práce. Pro rozlišení a zachování anonymity všech zúčastněných byly použity zkratky pro určení probandů z interního oddělení, čísla (1-8) a zkratkou stanice interního oddělení jako (INT), pro označení probandů z chirurgického oddělení byla použita čísla (1-10) a zkratka stanice chirurgického oddělení jako (CHIR). Zkratka SZŠ značí Střední zdravotnickou školu, zkratka VŠ značí Vysokou školu. Pro rozlišení oborů je zde uvedena zkratka PS jako praktická sestra a zkratka VS jako všeobecná sestra. Charakteristika jednotlivých probandů byla uvedena pouze pro informativní záležitost. Charakteristika probandů je dána v tabulce. (Tabulka 1)

Tabulka 1 Charakteristika

PROBAND	VĚK	VZDĚLÁNÍ	DĚLKA PRAXE NA ODDĚLENÍ
1INT	27 let	SZŠ – PS	5 let
2INT	22 let	SZŠ – PS	3 roky
3INT	48 let	SZŠ – VS	11 let
4INT	22 let	SZŠ – PS	2 roky a 4 měsíce
5INT	28 let	VŠ – VS	4 roky
6INT	23 let	SZŠ – PS	1 rok a 6 měsíců
7INT	47 let	SZŠ – VS	6 let
8INT	23 let	SZŠ – PS	1 rok a 4 měsíce
1CHIR	52 let	SZŠ – VS	2 roky
2CHIR	32 let	VŠ – VS	5 let
3CHIR	26 let	VŠ – VS	4 roky
4CHIR	23 let	VŠ – VS	1 rok a 1 měsíc
5CHIR	55 let	SZŠ – VS	35 let
6CHIR	45 let	VŠ – VS	12 let
7CHIR	57 let	VŠ – VS	37 let
8CHIR	38 let	VŠ – VS	5 let
9CHIR	23 let	SZŠ – PS	2 roky
10CHIR	37 let	VŠ – VS	10 let

Zdroj vlastní, 2024

4 Výsledky výzkumu

4.1 Kategorizace dat

Po získání dat byly jednotlivé odpovědi probandů doslovně přepsány do počítačového programu Word a byly vytištěny do papírové podoby. Jak již bylo zmíněno, získané informace byly analyzovány metodou otevřeného kódování, tzv. kódování v ruce, kdy byla jednotlivá data rozebrána a následně poskládaná do podkategorií a kategorií. Pro lepší orientaci byly informace zvýrazněny a tím sumarizovány ke stanoveným výzkumným otázkám. Nejprve byly uvedeny informace získané od probandů z interního oddělení a následovně informace od probandů z chirurgického oddělení.

Kategorie č.1: Zkušenosti byla rozšířena o pět podkategorií, které byly nazvány následovně: „Frekvence komunikace“, „Nejčastější fáze truchlení“, „Pocity“, „Postupy“ a „Obsah rozhovoru.“

Kategorie č.2: Dotazy byla rozšířena o čtyři podkategorie s názvy: „Délka rozhovoru“, „Prostor“, „Časová dotace“ a „Zpětná vazba“.

Kategorie č.3: Prostředí byla rozšířena o podkategorie s názvy „Místo“, „Úprava“ a „Vzhled“.

4.2 Kategorie č. 1: Zkušenosti

V této kategorii bylo začleněno pět podkategorií. Jsou jimi „frekvence komunikace“, „nejčastější fáze truchlení“, „pocity“, „postupy“ a „obsah rozhovoru“.

Podkategorie 1 „Frekvence komunikace“

U oslovených sester z interního oddělení byla shledána shoda v získaných informacích. Ukázalo se, že sestry na interním oddělení komunikují s pozůstalými až třikrát týdně. Sestra 6INT popsala: „Vzhledem k charakteru našeho oddělení, poměrně často tady na oddělení, řekla bych, že dvakrát až třikrát týdně určitě. Jo, nebývá to, že by, není měsíc, kdy by tady nikdo neumřel, že byste tu pozůstalost nemusela předávat jo, takže ta komunikace s těma pozůstalýma je docela častá.“ Sestra 1INT uvedla: „Třikrát týdně.“ Oslovená sestra 4INT popsala: „Jednou až třikrát týdně bych řekla, často se setkáváme s lidmi s pozůstalými, kor tady na interně.“ Z analýzy výsledků výzkumu bylo zjištěno, že oslovené sestry z chirurgického oddělení nejsou účastnicemi

komunikace s pozůstalými tak často, jako sestry z interního oddělení. Oslovené sestry z chirurgického oddělení uvedly, že frekvence komunikace s pozůstalými je zhruba jednou až dvakrát do měsíce. Sestra 3CHIR popsala: „*No výjimečně, protože na našem chirurgickém oddělení se podle mého tolik neseťkáváme se smrtí pacienta, jako třeba podle mě na interně, nebo na oddělení následné péče. Takže pro tu pozůstalost chodí málo lidí, nebo jako neseťkáváme se s tím tak často, abych řekla tak asi jednou dvakrát za měsíc.*“ S tímto závěrem se shodovaly odpovědi i zbylých sester, které taktéž popsaly, že práce s pozůstalými není běžná. Sestra 9CHIR popsala: „*Není to moc často, spíš výjimečně, maximálně jednou za měsíc.*“

Na základě získaných informací bylo zjištěno, že oslovené sestry na interním oddělení komunikují s pozůstalými daleko častěji. Zatímco oslovené sestry na interním oddělení se setkávají s pozůstalými třikrát týdně, na oddělení chirurgickém je frekvence komunikace zhruba jednou či dvakrát do měsíce.

Podkategorie 2 „**Nejčastější fáze truchlení**“

Sestry 1INT, 2INT, 3INT, 4INT, 5INT, 6INT, 7INT, 8INT se shodly na skutečnosti, že rodiny přicházející pro pozůstalost bývají se ztrátou jejich blízkého smířené. Odpovědi sester 2INT, 5INT a 6INT poukázaly na skutečnost, že rodiny bývají dopředu informované o zdravotním stavu jejich blízkého. Sestra 6INT popsala: „*Smířená, jako plno těch rodin jsou dopředu jako informovaný, že zemřou, takže jsou smířeny s tím.*“ Sestry 1INT, 5INT a 7INT uvedly i jiné fáze prožívání smutku, se kterými se setkaly. Sestry 1INT a 7INT se setkaly s fází agrese a sestra 5INT se setkala s pozůstalými, kteří odmítali přijmout bolestnou ztrátu. Zatímco pozůstalí přicházející si pro pozůstalost jejich blízkého na interní oddělení jsou ve fázi smíření, pozůstalí přicházející na chirurgické oddělení bývají ve fázi šoku a popírání. Sestra 9CHIR popsala: „*Nejčastěji ve fázi popírání a šoku bych řekla, málokdy jsou smířeny.*“ S touto odpovědí se shodovaly i zbylé oslovené sestry z chirurgického oddělení. Odpovědi sester 2CHIR, 5CHIR a 6CHIR se také shodovaly s fází prožívání smutku pozůstalých, nicméně doplnily okolnosti, které s k prožívání smutku vážou. Sestry uvedly okolnosti jako například věk pacienta, náhlost úmrtí nebo také čas příchodu pozůstalých pro pozůstalost. Např. sestra 5CHIR popsala: „*Tak záleží, v jakém stádiu, jak rychle sem přijedou, pokud přijedou ihned po tom, co dostanou tu informaci, tak jsou určitě v šoku. Když ty příbuzný*

opravdu přijedou brzo, nebo jsou na blízku, pokud třeba přijedou pro ty věci za den, za dva tak potom jsou trochu i smířeny. Jinak se spíš setkáváme s fází šoku.“

Bylo zjištěno, že pozůstalí přicházející si pro pozůstalost na interní oddělení bývají ve fázi smíření na základě předešlé informovanosti rodiny ošetřujícím lékařem o zdravotním stavu jejich blízkého. Na chirurgické oddělení pozůstalí přicházejí ve fázi šoku a popírání. Oslovené sestry popsaly okolnosti, které se vážou k fázím prožívání smutku pozůstalých, jsou jimi např. věk pacienta či náhlost úmrtí.

Podkategorie 3 „**Pocity**“

Oslovené sestry z interního oddělení uvedly, že jejich pocity jsou nepříjemné. Sestra 1INT popsala: *„No pro mě je to vždycky nepříjemný, je to nepříjemný, protože je mi to líto, je mi to strašně líto, mrzí mě to a je to nepříjemný.“* Sestry 1INT, 2INT, 7INT dále popsaly, že pociťují lítost vůči pozůstalým, sestra 7INT popsala: *„Občas je mi z toho smutno, no je mi to líto.“* Dále sestra 4INT uvedla: *„Je mi to nepříjemný, hodně, nevím, co jim mám říkat, jsem nervózní prostě, nevím, jak se mám chovat, je mi to takový prostě fakt nekomfortní se s nimi takhle jako setkávat.“* V další oblasti, co je nepříjemné či naopak příjemné všeobecným sestrám při komunikaci s pozůstalými, bylo zjištěno, že nepříjemné poznatky převyšovaly nad těmi příjemnými. Sestra 5INT uvedla: *„Nevím, jestli je jako něco příjemného na tom s nima komunikovat, spíš bych řekla, že je to nepříjemný na obě strany.“* Odpovědi sester byly shodné při situacích, kdy se pozůstalí dotazují na informace, které jim jako sestry nemohou zodpovědět. Sestra 2INT popsala: *„No tak příjemného na tom není asi nic, není to příjemná jako věc a občas ty pozůstalý jsou takový jako nepříjemný a ptají se na věci, na který jim odpovědět nemůžeme.“* Ze získaných dat bylo zjištěno, že sestry na chirurgickém oddělení se také potýkají s nepříjemnými pocity. Oslovené sestry popisovaly smutek a lítost rodiny, která si pro pozůstalost jejich blízkého přichází. Sestra 5CHIR popsala: *„V první řadě je mi jich líto, je mi jich líto a člověk se tak nějak jako vcítí do té jejich situace, že vlastně ztratí někoho blízkýho jo, takže je mi jich líto.“* S pociťováním lítosti se shodovaly i odpovědi ostatních sester. Například sestra 2CHIR doplnila: *„Rozumím tomu, že jsou smutný, bohužel někdy jsou situace, kdy ta smrt je jako nevyhnutelná a nedá se bohužel nic dělat, takže spíš bych viděla jako tu lítost jakoby těch lidí a je mi jich líto a je mi dost smutno.“* Sestra 9CHIR popsala: *„No tak není to nic příjemného, cítím smutek a lítost. Je mi to nepříjemný no.“* Byly zjišťovány konkrétní nepříjemné

a příjemné situace při komunikaci s pozůstalými. Ze získaných dat z chirurgického oddělení je zřejmé, že oslovené sestry nezmínily žádné příjemné poznatky při komunikaci s pozůstalými. Odpovědi sester se nejčastěji shodovaly při konkrétní nepříjemné situaci, kdy se pozůstalí dotazují na informace o okolnostech smrti a medicínských záležitostech. Například sestra 6CHIR popsala: „*Nepříjemný, když se ptají, jak umřel, jestli netrpěl, takže takový ty otázky na tělo no, příjemný na tom není asi nic. Vždycky je to nepříjemný tady u tohohle tématu.*“ Odpovědi sester se shodovaly na skutečnosti, kdy sestry na komunikaci s pozůstalými neshledávají příjemným nýbrž negativním. Sestra 8CHIR popsala: „*Vůbec s něma mluvit je nepříjemný a příjemný asi nic z toho.*“

Z výše uvedených informací je zřejmé, že oslovené sestry z interního i z chirurgického oddělení prožívají nepříjemné pocity. Při získávání informací, jaké jsou konkrétní nepříjemné či příjemné situace, bylo zjištěno, že nepříjemné převyšovaly nad těmi příjemnými. Jedna z nejčastěji zmiňovaných nepříjemných situací se týkala dotazování se pozůstalých na okolnosti úmrtí jejich blízkého.

Podkategorie 4 „**Postupy**“

V oblasti, jaké mají všeobecné sestry postupy pro setkání s pozůstalými, bylo zjištěno, že všeobecné sestry z interního i z chirurgického oddělení mají postupy shodné. Sestra 6INT popsala postupy takto: „*Když přijdou tak se jich zeptáme na důvod jejich návštěvy, poprosíme je, aby se usadili na jídelnu a my si jdeme pro pozůstalost a pro potřebný papíry, pak teda jdeme ve dvou, jedna jde jako svědek a druhá předává. Řešíme s nima ty administrativní věci, pohřební službu, potřebujeme teda od nich občanský průkaz, abychom jim mohli ty věci dát, pak bývá prostor pro ty dotazy teda. Pak jim vyjádříme upřímnou soustrast, a když chtějí mluvit s lékařem tak jim to dopřejem a pak většinou odcházejí.*“ S tímto postupem se ztotožňují i zbylé sestry z interního oddělení. Zbylé sestry (1INT, 2INT, 3INT, 4INT, 5INT, 7INT a 8INT) ve svých odpovědích neuvedly možnost rozhovoru pozůstalých s lékařem. Bylo zjištěno, že oslovené sestry z chirurgického oddělení také znají a mají jednotné postupy pro setkání s pozůstalými. Sestra 4CHIR popsala setkání následovně: „*Oni ve finále přijdou s tím, že si jdou jenom pro ty věci, takže přijdou, usadíme je a řekneme ať počkají, dojdeme si pro věci, sepíšeme dokumentaci, jdeme dvě sestry většinou, poprosím o občanský průkaz, musí nám podepsat, co si přebírali, řeší se ty papíry a až to sepíšeme tak jim to následně*

všechno vysvětlujeme. Nabídneme jim kdyžtak nějakou pomoc a potom odchází.“ S tímto zmíněným postupem se shodovaly odpovědi zbylých oslovených sester.

Na základě získaných informací bylo zjištěno, že oslovené sestry z interního i z chirurgického oddělení uvedly shodný popis postupů při setkání s pozůstalými.

Podkategorie 5 „**Obsah rozhovoru**“

Obvyklým obsahem rozhovoru mezi pozůstalými a oslovenými sestrami z interního oddělení bývají administrativní záležitosti a předávání pozůstalosti rodině zemřelého. Například sestra 2INT popsala obsah následovně: *„Obsahem rozhovoru bývá, jaké věci po tom člověku zbyly, kam jsme uložili cennosti, jestli měl pacient nějaké depozitum, že se občanský průkaz musí odevzdat na matriku. Kam si mají zajít na pohřební ústav, že s sebou musí vzít jeden papír, který my jim dáme, že je to na nich, jaký pohřební ústav si vyberou.“* Zbylé sestry se s tímto obsahem rozhovoru ztotožnily, nicméně sestry 5INT a 6INT dále doplnily skutečnost, že pozůstalým vyjadřují upřímnou soustrast. Oslovené sestry z chirurgického oddělení popsaly shodný obsah rozhovoru s pozůstalými. Nejčastějším tématem rozhovoru mezi sestrou a pozůstalými bývají administrativní záležitosti a předávání pozůstalosti. Například sestra 5CHIR popsala: *„Náš rozhovor s příbuznými se většinou týká technických věcí jako předání pozůstalosti, vyřízení, papírování, žádosti pro pohřební službu, takže spíš jako ty administrativní práce.* Sestra 2CHIR uvedla: *„Spíš dojednáváme praktický věci ohledně pozůstalosti, takže předáváme osobní věci, vysvětlujeme, jak pokračovat, co se týče kam se obrátit na ty úřady, kam se vlastně posílá občanský průkaz, kam doklady a jak to vlastně bude probíhat, že by si vlastně měli vyřizovat ty krematorijní služby nebo pohřební služby.“* Zbylé odpovědi oslovených sester z chirurgického oddělení byly ohledně obsahu rozhovoru s pozůstalými shodné.

Oslovené sestry z interního i z chirurgického oddělení uvedly stejný obsah rozhovoru s pozůstalými, nejčastějším obsahem rozhovoru je řešení administrativních záležitostí a předávání osobních věcí po zemřelém.

4.3 Kategorie č. 2: Dotazy

Druhá vzniklá kategorie s názvem „Dotazy“ byla rozšířena o čtyři podkategorie, jejichž názvy jsou: „Délka rozhovoru“, „Prostor“, „Časová dotace“ a „Zpětná vazba“.

Podkategorie 1 „Délka rozhovoru“

Při získávání informací od všeobecných sester z interního oddělení bylo zjištěno, že obvyklá délka rozhovoru s pozůstalými se pohybuje do deseti minut. Například sestra 3INT uvedla: *„No dlouho ne, tak těch pět – deset minut no, víc ne.“* Tato skutečnost se objevila u všech odpovědí sester z interního oddělení. Sestry dále doplnily okolnosti, které závisí na délce rozhovoru. Objevily se zde skutečnosti např. kolik měl pacient osobních věcí, zda si pozůstalí chtějí se sestrami povídat, zda se řeší něco výjimečného. Například sestra 6INT popsala: *„Myslím si, že do nějakých deseti minut, že to jako proběhne svižně, že ta rodina žádný otázky neklade, takže jim řekneme, to, co předpokládáme, že je pro ně důležitý, ale jinak to zbytečně nějak neprotahujeme, myslím si, že to je pro obě strany dost nekomfortní zóna. Záleží taky kolik těch věcí má, jestli má nějaký depozita, jestli má nějaký opiáty u sebe.“* Při získávání dat na chirurgickém oddělení bylo zjištěno, že sestry na chirurgickém oddělení komunikují s pozůstalými zhruba třicet minut. Sestra 2CHIR popsala: *„To je různě, někdo si chce povídat a někdo prostě to ukrátí prostě co nejkratší dobu, protože jim je to samotný nepříjemný, ale bývá to tak do půl hodiny asi.“* Například sestra 10CHIR uvedla: *„Asi kolem půl hodiny.“* Oslovené sestry 4CHIR, 5CHIR a 8CHIR taktéž uvedly, že délka rozhovoru je zhruba kolem třiceti minut nicméně dále doplnily okolnosti, které se k délce rozhovoru vážou. Okolnostmi byly např. kolik věcí si pozůstalý přebírá, nebo v jakém stavu pozůstalý přichází. Například sestra 4CHIR popsala: *„To záleží no, asi půl hodiny, ono taky, než si přeberou věci, než jim všechno vysvětlíme, záleží jako taky v jakém stavu přijdou, někdy je třeba jim to vysvětlit dvakrát, abyste se ujistili, že to fakt pochopili.“*

Zjištěná délka rozhovoru na obou odděleních byla odlišná. Zatímco oslovené sestry na chirurgickém oddělení komunikují s pozůstalými zhruba třicet minut, na stanici interního oddělení rozhovor probíhá v řádu pěti až deseti minut. Okolnosti, které rozhovor prodlužují jsou např. počet věcí či zda mají pozůstalí zájem o rozhovor.

Podkategorie 2 „Prostor“

V další oblasti bylo zjišťováno, v jaké fázi rozhovoru všeobecné sestry dávají prostor pozůstalým pro dotazy. Odpovědi sester z interního oddělení byly shodné, bylo zjištěno, že sestry nechávají prostor pro dotazy zejména na konci, po vyřešení všech důležitých záležitostí. Sestra 4INT popsala: *„Většinou, když jakoby jim předáme ty informace, věci,*

doklady a všechno co máme, tak se pak jakoby vždycky zeptám, jestli ještě mají nějaký dotaz, nějakou otázku nebo co chtějí vědět a potom se nějak bavíme, když mají potřebu.“ Sestry 2INT, 3INT, 5INT, 6INT a 8INT dále doplnily, že dávají prostor pro dotazy na konci, ale pozůstali mají možnost se dotazovat i v průběhu rozhovoru. Sestra 3INT popsala: *„Tak nějak po celou dobu a během toho tak nějak průběžně a potom samozřejmě určitě na konci vznášejí eventuelně dotazy.“* Sestra 6INT také uvedla: *„No nejčastěji na konci, ale já si myslím, že je to takový spontánní, že jako člověk uzavře tu kapitolu a čeká, jestli ta druhá strana vyřkne nějakou otázku.“* Oslovené sestry z chirurgického oddělení (2CHIR, 3CHIR, 4CHIR, 6CHIR, 8CHIR, 9CHIR, 10CHIR) taktéž popsaly, že prostor pro dotazy nechávají pozůstalým na konci po vyřešení všech administrativních záležitostí. Sestra 3CHIR uvedla: *„Asi bych spíš řekla, že na konci, protože na začátku jim předáváme ty věci, řeší se ty dokumenty, a pak na konci mají vlastně ten čas na to, aby se ptali.“* Například sestra 9CHIR popsala: *„Na konci rozhovoru většinou.“* Zbylé oslovené sestry 1CHIR, 5CHIR a 7CHIR taktéž uvedly, že prostor pro dotazy ponechávají na konec rozhovoru nicméně doplnily, že prostor dávají i v průběhu rozhovoru. Sestra 1CHIR uvedla: *„Tak většinou na konci, občas se stane, že se ptají i v průběhu, tak jim ten prostor dám.“* Sestra 5CHIR popsala: *„Bud' v průběhu toho rozhovoru, anebo hlavně na konci se ptáme, jestli mají ještě nějaký dotazy, jestli by potřebovali něco vědět, nebo s něčím pomoci.“*

Z výzkumného šetření vyplynulo, že poskytovaný prostor pro dotazy oslovené sestry poskytují zejména na konci po vyřešení všech administrativních záležitostí. Oslovené sestry z interního oddělení doplnily, že pokud se pozůstali dotáží v průběhu rozhovoru, tak se jim věnují.

Podkategorie 3 „Časová dotace“

Při zkoumání problematiky, jaké časové rozmezí všeobecné sestry věnují pozůstalým pro dotazy bylo zjištěno, že žádné časové rozmezí neudávají. Odpovědi všeobecných sester z interního oddělení byly shodné. Sestry 3INT, 4INT, 5INT, 7INT a 8INT uvedly, že žádné časové rozmezí pro dotazy pozůstalých nemají. Uvedly, že dokud mají pozůstali dotazy, tak jim věnují čas. Například sestra 7INT popsala: *„No časový rozmezí asi není, nebo já ho nějak neměřím, ale když se ty pozůstalý ptají, tak prostě se jim věnuju.“* Sestry 1INT, 2INT a 6INT se s touto odpovědí ztotožňují, dále doplnily, že dotazy jsou individuální záležitost každé rodiny. Z analýzy výsledků výzkumu je zřejmé,

že na chirurgickém oddělení prostor pro dotazy také není časově omezený. Oslovené sestry totiž uvedly, že prostor pro dotazy věnují tak dlouho, dokud se pozůstalí dotazují a žádný čas jim neměří. Například sestra 3CHIR popsala: „*Ono záleží, jestli nějaký ty dotazy mají, jestli mají tak se jim věnujeme.*“ Sestra 1CHIR popsala: „*Máte čas dokavad' se oni ptaj a chtěj vědět, tak tam je většinou jeden člověk, tak dokavad' oni s váma budou mluvit, tak s nima mluvíte. Nevím fakt to je individuální.*“ Sestra 9CHIR uvedla: „*Není to nějak omezený, podle nich, když nemají už otázky, tak rozhovor většinou ukončuju.*“

Oslovené sestry z interního i z chirurgického se shodly na skutečnosti, že prostor pro dotazy není časově omezený a dokud mají pozůstalí dotazy, tak se jim věnují.

Podkategorie 4 „**Zpětná vazba**“

Oslovené sestry z interního oddělení uvedly, že pozůstalé vyzývají ke kladení otázek. Například sestra 8INT popsala: „*Samozřejmě, vždycky se zeptám, zda všemu rozuměli, zda potřebují ještě něco zodpovědět, nebo dovysvětlit.*“ S touto odpovědí se ztotožňují i zbylé oslovené sestry z interního oddělení. Sestra 11INT doplnila: „*Jo to vždycky, pokud se chcete na něco zeptat, tak se ptejte teď, protože potom kolikrát volaj ty lidi třeba po týdnů se slovy mně tam umřela maminka, tatínek, chtěl bych se zeptat vlastně proč.*“ Dále popsala, že pozůstalé vyzývá, aby se dotazovali co nejdříve a nejlépe ten den, kdy si přijdou pro pozůstalost pacienta. Totožně jako sestry z interního oddělení, oslovené sestry z chirurgického oddělení uvedly skutečnost, že pozůstalé vyzývají ke kladení dodatečných otázek. Sestra 10CHIR popsala: „*Jo, na konci se většinou zeptám.*“ Sestra 3CHIR uvedla: „*Já bych řekla, že určitě jo, ptáme se jich, jestli se potřebujou na něco zeptat, jestli jim je všechno jasné.*“ Zbylé odpovědi sester se shodovaly s tím, že se pozůstalých dotazují, zda mají nějaké otázky.

Z výzkumného šetření byla shledána shoda v získaných informacích. Bylo zjištěno, že se všechny oslovené sestry po vyřešení všech administrativních záležitostí dotazují pozůstalých, zda mají nějaké otázky.

4.4 Kategorie č. 3: Prostředí

Tato třetí kategorie s názvem prostředí byla rozšířena o tři následující podkategorie: „Místo“, „Úprava“ a „Vzhled“.

Podkategorie 1 „Místo“

Z analýzy dat získaných z interního oddělení se ukázalo, že oslovené všeobecné sestry komunikují s pozůstalými na jídelně. Jedná se o malou jídelnu, která se nachází v chodbě interního oddělení. Odpovědi oslovených probandů se shodovaly. Sestra 2INT popsala: *„Vždy si je vezmeme tam, kde nejsou žádný lidi, většinou na jídelnu.“* Sestry 5INT, 6INT a 8INT se shodly taktéž na nejvíce používaném místě, nicméně doplnily skutečnost, kdy občasné využívají vyšetřovací místnost, nicméně tam pobývají lékaři a sepisují dokumentaci. Tudíž spíše využívají jídelnu. Sestra 8INT popsala: *„Někdy na ty vyšetřovně, ale to je málokdy, protože tam sedí doktoři, tak chodíme většinou na jídelnu no.“* Oslovené sestry 4INT a 7INT uvedly také jako nejčastější místo pro komunikaci již zmíněnou jídelnu, nicméně doplnily situaci, kdy na jídelně je obsazeno, a tak žádají lékaře o přesun na druhou vyšetřovací místnost. Sestra 4INT popsala: *„Nejčastěji na jídelně, ale když je tam třeba plno, nebo jsou tam studenti, nebo jsou tam návštěvy, tak já třeba poprosím někdy i doktory, jestli by nemohli na chvíli opustit vyšetřovnu, jestli si nedojdou na tu druhou.“* Při získávání dat z chirurgického oddělení se ukázalo, že oslovené sestry z chirurgického oddělení nejčastěji komunikují s pozůstalými ve vyšetřovací místnosti. Sestra 6CHIR popsala: *„No určitě si je vezmeme stranou, takže někde tady na ty vyšetřovně, aby nebyli mezi ostatníma lidma, pacientama, aby byli o samotě, to určitě.“* Sestra 5CHIR uvedla: *„Na vyšetřovnách, vždycky jsou to vyšetřovny za zavřenýma dveřma.“* Sestra 3CHIR uvedla: *„No na vedlejší vyšetřovně a tam právě necháváme i tu pozůstalost po zemřelých, takže tam se to všechno předává.“* Všechny zbylé oslovené sestry uvedly stejné místo pro komunikaci s pozůstalými.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že prostor pro komunikaci je na odděleních odlišná. Zatímco oslovené sestry z chirurgického oddělení se setkávají s pozůstalými ve vyšetřovací místnosti, oslovené sestry z interního oddělení uvedly skutečnost, že komunikace s pozůstalými nejčastěji probíhá na jídelně.

Podkategorie 2 „Úprava“

Popis úpravy prostředí pro komunikaci s pozůstalými byl od všeobecných sester shodný. Všeobecné sestry z interního oddělení popsaly úpravu prostředí následovně. V případě přítomnosti jiných osob, které nemusejí být u rozhovoru s pozůstalými je sestry požádají o opuštění prostoru. Například sestra 1INT uvedla: *„Snažím se, aby tam nikdo nebyl.“*

Aby tam nebyli ostatní pacienti, nebo studenti.“ Sestra 3INT popsala: *„Tak na tý jídelně jsou většinou třeba studenti, nebo pacienti, takže se snažím, aby tam nebyl nikdo jiný přítomen.“* Všechny zbylé oslovené sestry z interního oddělení se na popisu úpravy shodly. Sestra 4INT dále doplnila: *„No snažím se tam udělat vlastně co nejmíň rušivých elementů, omezit ty lidi, aby nám tam chodili, nebo kohokoliv a snažím se tam mít fakt klid a věnovat se těm lidem a věnovat se těm dotazům a tomu co potřebují, ale jinak nějak ho neupravujeme.“* Odpovědi všech oslovených sester z chirurgického oddělení byly shodné, úprava prostředí spočívá v omezení ostatních osob, aby do místnosti nevstupovaly. Například sestra 7CHIR popsala úpravu: *„Asi, aby tam nebyl přítomen nikdo jiný, aby tam byli oni sami semnou, připravit si tu místnost, abych tam s nima mohla být sama a nikdo jiný.“* Sestra 10CHIR uvedla: *„Na vyšetřovně je stabilní prostředí, ale zavřeme se tam, aby tam nikdo nechodil.“* Zbylé odpovědi sester byly shodné z výše zmíněným postupem úpravy vyšetřovací místnosti, nicméně sestra 6CHIR doplnila: *„No tak samozřejmě, aby tam nebyli jiní lidi, abychom tam byli sami, aby to nebylo rušivý, aby nehrálo rádio, nějaký, písničky hitový, prostě klid no, abychom tam byli sami.“*

Úpravu prostředí, ve kterém probíhá komunikace s pozůstalými popsaly všeobecné sestry obdobně. Oslovené sestry se snaží, co možná nejvíce omezit rušivé elementy a osoby, které nemusejí být rozhovoru s pozůstalými přítomny.

Podkategorie 3 „Vzhled“

Poslední zkoumaná problematika se zabývala tím, jak vypadá vyhrazená místnost pro komunikaci s pozůstalými. Odpovědi oslovených sester z interního oddělení byly shodné. Bylo zjištěno, že místnost pro komunikaci s pozůstalými je otevřená, veřejně přístupná a navštěvují ji pacienti, studenti, návštěvy či zaměstnanci uklízecké služby. Sestra 1INT popsala místnost takto: *„Jídelna, je to otevřená místnost, je veřejně dostupná, co se týče návštěvních hodin, takže tam můžou přijít i jiní pacienti, takže tam není žádný soukromí.“* Sestra 2INT uvedla: *„Nemáme vyhrazenou místnost, je tam stůl a židle, prostě na jídelně no. Je otevřená do chodby, chodí tam ostatní pacienti, návštěvy, nebo tam sedí studenti, takže moc soukromí se tam zajistit nedá.“* Odpovědi sester z interního oddělení byly shodné s popisem místnosti pro komunikaci s pozůstalými. Dle analýzy dat je zřejmé, že získaná data oslovených sester z chirurgického oddělení se od získaných informací z interního oddělení liší. Zmíněná

vyšetřovací místnost byla popsána jako místnost, která je uzavíratelná, jsou zde židle a stůl, nachází se zde převazový materiál. Například sestra 5CHIR popsala: „*Tak klasická vyšetřovna, je tu nějaký materiál, jsou tu židle, dveře, který se dají zavřít, případně ještě, když sem ty pozůstalí pozveme, tak se uvědomí personál o tom, aby nevstupovali, aby nechali prostor pro předání věcí.*“ Sestra 10CHIR uvedla: „*Žádná vyhrazená místnost tady pro to není, většinou na tý vyšetřovně, jsou tam materiály na převazy, židle, stůl a tam se zavřeme, aby nám tam nikdo nechodil.*“ S tímto popisem vyšetřovací místnosti byly shodné i ostatní odpovědi zbylých sester z chirurgického oddělení.

Vzhled prostředí, ve kterém probíhá komunikace s pozůstalými byla popsána zcela odlišně. Chirurgické oddělení je vybaveno klidnější místností pro komunikaci s pozůstalými. Popsaná vyšetřovací místnost je uzavíratelná a lze tak zajistit o něco větší soukromí než na oddělení interním, kde komunikace s pozůstalými probíhá na jídelně, která není opatřená dveřmi pro zajištění maximálního soukromí. A pobývají zde návštěvy, studenti či zaměstnanci uklízecké služby.

5 Diskuse

V této části bakalářské práce s názvem Komunikace sestry s pozůstalými v praxi byly porovnávány výsledky zjištěné výzkumným šetřením s výsledky jiných odborných publikací a výzkumů jiných bakalářských prací.

Oslovené všeobecné sestry na interním oddělení komunikují s pozůstalými daleko častěji než všeobecné sestry na oddělení chirurgickém, a to až třikrát týdně. Sestra 6INT ve své výpovědi uvedla, že vzhledem k charakteru jejich oddělení je komunikace na interním oddělení dvakrát až třikrát týdně a tím je komunikace s pozůstalými velmi častá. S tím se ztotožňují i autorky Šafránková a Nejedlá (2006), které uvedly, že náročnost interního oddělení je vysoká, často se zde léčí starší a dlouhodobě chronicky nemocní pacienti. Oproti internímu oddělení, kde všeobecné sestry komunikují s pozůstalými až třikrát týdně, např. sestra 9CHIR uvedla: „*Není to moc často, spíš výjimečně, maximálně jednou za měsíc.*“ Oslovené sestry z interního oddělení popsaly, s jakými fázemi prožívání smutku pozůstalých se všeobecné sestry setkávají. Bužgová (2019) popisuje, že fázemi, které jsou popsány dle Elisabeth Kübler-Rossovové si neprocházejí pouze pacienti, ale také jejich nejbližší. Všechny odpovědi oslovených sester byly shodné, sestry totiž uvedly, že pozůstalí přicházející si pro pozůstalost bývají smíření. Odpovědi sester 2INT, 5INT a 6INT poukázaly na skutečnost, že rodiny, které přicházejí bývají smířené na základě předešlé informovanosti ošetřujícího lékaře o zdravotním stavu a blízké smrti jejich blízkého. Autorky Venglářová a Mahrová (2006) ve své literatuře popisují, že je vhodné včas informovat příbuzné o zhoršení zdravotního stavu pro lepší přivyknutí na vážnost situace. S tím se ve své literatuře ztotožňují i Špatenková et al. (2014), kdy popisují, že pozůstalí se v takových případech dokáží vyrovnat se zármutkem lépe než rodina, jejichž blízký zemřel nečekaně nebo náhle. Podle mého názoru je velice důležité, aby ošetřující lékař oznamoval průběžně zdravotní stav jejich blízkého, mohlo by to velice pomoci při následném prožívání smutku pozůstalých a v předcházení patologického truchlení. Zatímco všeobecné sestry z interního oddělení se setkávají s pozůstalými, kteří jsou ve fázi smíření, oslovené sestry na chirurgickém oddělení popsaly, že se nejčastěji setkávají s fází šoku a popírání. Bužgová (2019) popisuje fázi šoku jako popírání a izolaci, kdy se umírající/truchlící pokoušejí nalézt jiné authority, které by zvrátily tuto skutečnost. Oslovené sestry dále popsaly okolnosti, které se k prožívání smutku pozůstalých vážou. Byly jimi např. náhlost úmrtí, věk pacienta, nebo čas příchodu pozůstalých pro pozůstalost. S těmito okolnostmi

souhlasí i Špatenková et al. (2014), kdy popisují, že právě okolnosti úmrtí jsou velmi významným faktorem, které se podílejí na reakcích pozůstalých a průběhu jejich procesu truchlení. Ve své literatuře s touto skutečností souhlasí i autorky Špatenková a Králová (2009), které popisují situaci, kdy smrt přichází náhle nebo nečekaně, může být situace horší. Všeobecné sestry z interního oddělení popsaly, že pocity, které při komunikaci s pozůstalými mají jsou nepříjemné. Sestra IINT popsala: „*No pro mě je to vždycky nepříjemný, je to nepříjemný, protože je mi to líto, je mi to strašně líto, mrzí mě to a je to nepříjemný.*“ Z výsledků výzkumu je zřejmé, že i zbylé sestry shledávají komunikaci nepříjemným a žádné příjemné poznatky nemají. S touto skutečností se ztotožňují i autorky Venglářová a Mahrová (2006), které uvádějí, že pro samotné zdravotníky je komunikace s pozůstalými stresující a může vyvolat obavy a úzkost. I sestry z chirurgického oddělení nevnímají komunikaci s pozůstalými jako příjemnou záležitost. Popisovaly lítost a smutek. Stejně jako sestry z interního oddělení neuvedly žádné příjemné poznatky. Sestra 9CHIR popsala: „*No tak není to nic příjemného, cítím smutek a lítost.*“ S touto skutečností se ztotožňují ve své knize autoři Veverková a Svoboda (2019), kteří uvádějí, že interakce s pozůstalými je velmi obtížná a je potřeba se s touto situací důstojně vypořádat. Odpovědi oslovených sester z chirurgického oddělení se shodovaly na skutečnosti, že jejich konkrétní nepříjemné situace se týkaly dotazů pozůstalých na okolnosti smrti, sestra 6CHIR uvedla: „*Nepříjemný, když se ptají, jak umřel, jestli netrpěl, takže takový ty otázky na tělo no, příjemný na tom není asi nic. Vždycky je to nepříjemný tady u tohohle tématu.*“ S touto situací znát záležitosti ohledně úmrtí blízkého souhlasí ve své literatuře i autorka Bužgová (2019), která popisuje, že pozůstalí chtějí být často ujištěni o skutečnosti, že smrt jejich příbuzných byla klidná a bezbolestná. Popsané postupy pro setkání s pozůstalými byly všemi sestrami z interního oddělení shodné. Sestra 6INT popsala: „*Když přijdou tak se jich zeptáme na důvod jejich návštěvy, poprosíme je, aby se usadili na jídelnu a my si jdeme pro pozůstalost a pro potřebný papíry, pak teda jdeme ve dvou, jedna jde jako svědek a druhá předává. Řešíme s nima ty administrativní věci, pohřební službu, potřebujeme teda od nich občanský průkaz, abychom jim mohli ty věci dát, pak bývá prostor pro ty dotazy teda. Pak jim vyjádříme upřímnou soustrast, a když chtějí mluvit s lékařem, tak jim to dopředu a pak většinou odcházejí.*“ Shodný postup popsaly i oslovené sestry z chirurgického oddělení. S tímto postupem se ztotožňuje i autorka Vytejšková (2013), která popisuje, že pozůstalost blízkým je vydána na základě občanského průkazu a přítomnosti dvou osob, kdy jedna sestra slouží jako svědek a druhá předává osobní věci

zemřelého. Výsledky výzkumného šetření byly ale v rozporu s výsledky Václavkové (2011), kdy respondenti volili nejčastěji odpověď „jedna sestra“ při zjišťování, jaké osoby jsou přítomny při předávání pozůstalosti. Obdobný postup, který popsaly všeobecné sestry z interního oddělení popsaly i oslovené sestry z chirurgického oddělení. Obvyklý obsah rozhovoru s pozůstalými na interním oddělení se nejčastěji týká administrativních záležitostí, např. sestra 2INT popsala: *„Obsahem rozhovoru bývá, jaké věci po tom člověku zbyly, kam jsme uložili cennosti, jestli měl pacient nějaké depozitum, že se občanský průkaz musí odevzdat na matriku. Kam si mají zajít na pohřební ústav, že s sebou musí vzít jeden papír, který my jim dáme, že je to na nich, jaký pohřební ústav si vyberou.“* S řešením administrativních záležitostí se shoduje autorka Špatenková (2023), která popisuje, že jednou z oblastí pomoci pozůstalým je oblast pragmatická týkající se vyřizování úředních záležitostí a pomoc při zajištění pohřbu. S obvyklým obsahem rozhovoru s pozůstalými se ztotožnily i odpovědi oslovených sester z chirurgického oddělení. Např. sestra 5CHIR popsala: *„Náš rozhovor s příbuznými se většinou týká technických věcí jako předání pozůstalosti, vyřízení, papírování, žádosti pro pohřební službu, takže spíš jako ty administrativní práce.“* S obsahem rozhovoru se ztotožňují i autoři Veverková a Svoboda (2019), kteří popisují, že je potřeba pozůstalé seznámit s formalitami týkající se předání pozůstalosti či předat dokument s informacemi pro pozůstalé.

Dle dat zjištěných provedením výzkumného šetření lze odpovědět na výzkumnou otázku číslo jedna. Je zřejmé, že všeobecné sestry z interního oddělení s pozůstalými komunikují mnohem častěji než všeobecné sestry z chirurgického oddělení. Zatímco všeobecné sestry na interním oddělení se setkávají s pozůstalými, kteří jsou ve fázi smíření, na chirurgickém oddělení přicházejí pozůstalí ve fázi šoku a popírání. Pocity, které mají všeobecné sestry z obou oddělení jsou velmi nepříjemné. Všeobecné sestry shodně popsaly obsah rozhovoru s pozůstalými i postupy, které pro setkání s nimi mají. Na závěr lze říci, že i když všeobecné sestry z chirurgického oddělení se s pozůstalými nesetkávají velmi často, zkušenosti s komunikací s pozůstalými mají.

Z výsledků výzkumu druhé kategorie je zřejmé, že oslovené všeobecné sestry na interním oddělení komunikují s pozůstalými zhruba deset minut. Se získanými daty z interního oddělení se částečně shodují data získaná výzkumným šetřením Václavkové (2011), kdy druhou nejčastější odpovědí, kterou respondenti volili při výběru časového rozmezí při komunikaci s pozůstalými byla pět až deset minut. 3INT popsala: *„No dlouho*

ne, tak těch pět – deset minut no.“ Zatímco na interním oddělení probíhá rozhovor s pozůstalými zhruba deset minut, na chirurgickém oddělení oslovené sestry uvedly časový horizont pro rozhovor přibližně třicet minut. Získaná data se shodují s daty Šimčíkové (2013), kdy většinová část jejích respondentů odpovědělo, že čas věnovaný pro komunikaci s pozůstalými je do třiceti minut. Sestry z interního i z chirurgického oddělení doplnily okolnosti, které závisí na délce rozhovoru. Byli jimi např. počet věcí, stav pozůstalých či zájem pozůstalých se sestrami hovořit. Např. sestra 4CHIR popsala: *„To záleží no, asi půl hodiny, ono taky, než si přeberou věci, než jim všechno vysvětlíme, záleží jako taky v jakém stavu přijdou, někdy je třeba jim to vysvětlit dvakrát, abyste se ujistili, že to fakt pochopili.“* Autoři Veverková a Svoboda (2019) ve své knize popisují, že pro střetnutí s pozůstalými je vhodné vyčlenit si dostatek času. Prostor pro dotazy pozůstalých sestry z interního oddělení věnují zejména na konci, kdy vyřeší všechny potřebné formality. Autorky Mahrová a Venglářová (2006) uvádějí, že je důležité se nebránit otázkám, i když je možné, že se budou opakovat, jelikož pozůstalí jsou v těžkém rozpoložení. Oslovené sestry z chirurgického oddělení popsaly, že prostor pro dotazy ponechávají zejména na konci, nicméně pokud se pozůstalí dotazují i během rozhovoru, sestry se jim věnují. Sestra 1CHIR popsala: *„Tak většinou na konci, občas se stane, že se zeptají i v průběhu, tak jim ten prostor dám.“* Autoři Veverková a Svoboda (2019) ve své knize uvádějí skutečnost nebránit se diskuzi a odpovídat na dotazy pozůstalých pouze v rámci kompetencí. Podle mého názoru je vhodné ponechat prostor dotazům jak v průběhu, tak i na konci rozhovoru, pozůstalým to může pomoci utřídit si myšlenky i za probíhajícího rozhovoru. Oslovené sestry z interního oddělení uvedly, že prostor pro dotazy není časově omezený. Sestra 7INT popsala: *„No časový rozmezí asi není, nebo já ho nějak neměřím, ale když se ty pozůstalí ptají, tak prostě se jim věnuju.“* S touto skutečností se shodly i oslovené sestry z chirurgického oddělení, které taktéž uvedly, že prostor pro dotazy je věnovaný na základě dotazování se pozůstalých. Oslovené sestry z interního i z chirurgického oddělení popsaly, že pozůstalé vyzývají ke kladení dodatečných otázek. Dle mého názoru je vyzývání pozůstalých ke kladení otázek velmi důležité a vždy by měly všeobecné sestry na konci rozhovoru tuto možnost pozůstalým dotázat se poskytnout.

Na základě získaných dat je možné konstatovat, že oslovené všeobecné sestry z interního i z chirurgického oddělení se snaží pozůstalým poskytnout, co nejvíce prostoru pro dotazy. Shodně uvedly, že prostor pro dotazy nechávají v průběhu i na konci

rozhovoru a na konci se pozůstalých dotazují, zda mají ještě nějaké otázky. Věnovaný čas pro dotazy není časově omezený a dokud se pozůstalí dotazují, všeobecné sestry jim věnují.

Nejčastějším místem pro komunikaci sester s pozůstalými je na interním oddělení jídelna, je to prostor, který je umístěný v chodbě a pobývají zde studenti či návštěvy a soukromí zde není dostatečné. Sestra 1INT popsala: „*Na malý jídelně většinou, kde jsou studenti ted', to vždycky vyženeme studenty ven na chvíličku.*“ Získaná data se částečně shodují s daty Šmajdové (2012), kdy třetím nejčastějším místem pro předání pozůstalosti na standartním oddělení je jídelna. Zatímco oslovené sestry z interního oddělení uvedly pro rozhovor s pozůstalými jídelnu, sestry z chirurgického oddělení zmínily nejčastější místo pro komunikaci vyšetřovací místnost, která není volně přístupná a lze vytvořit soukromí pro rozhovor s pozůstalými. Sestra 5CHIR popsala: „*Na vyšetřovnách, vždycky jsou to vyšetřovny za zavřenýma dveřma.*“ S tím ve své knize souhlasí i Veverková a Svoboda (2019), kteří uvádějí skutečnost, že je vhodné mít na oddělení klidnou místnost určenou ke komunikaci jak s vážně nemocnými, tak i ke komunikaci s pozůstalými. S nejčastěji používaným místem pro komunikaci s pozůstalými souvisí i úprava, kterou popsala např. sestra 4INT: „*No snažím se tam udělat vlastně co nejmíň rušivých elementů, omezit ty lidi, aby nám tam chodili, nebo kohokoliv a snažím se tam mít fakt klid.*“ Úpravu shodně popsaly i oslovené sestry z chirurgického oddělení, které popsaly, že se snaží regulovat co nejvíce rušivých elementů. S popisem úpravy souhlasí i ve své literatuře autorky Mahrová a Venglářová (2006), které popisují, že je vhodné zvolit klidné prostředí, soukromí a bez rušivých elementů.

Dle získaných dat lze odpovědět na výzkumnou otázku číslo tři. Oslovené všeobecné sestry z interního i z chirurgického oddělení shodně popsaly úpravu prostředí, ve kterém rozhovor s pozůstalými následně probíhá. Vzhledem k vytíženosti interního oddělení a nedostatečného prostoru zajistit dostatek soukromí, se oslovené všeobecné sestry snaží, co možná nejvíce omezit rušivé elementy a osoby, které by neměly být součástí rozhovoru.

6 Závěr

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda sestry mají zkušenosti s komunikací s pozůstalými. Zmapovat, zda zdravotnický personál poskytuje dostatek času pro případné otázky a zmapovat, zda sestry zajišťují dostatek intimity pro pozůstalé. Pro dosažení těchto cílů bylo využito kvalitativní výzkumné šetření za použití metody dotazování a techniky polostrukturovaného rozhovoru s předem připravenými otázkami. K výzkumné otázce číslo jedna se vážou otázky z rozhovoru (1,2,3,4,5,6), k výzkumné otázce číslo dvě byly použity otázky (7,8,9,10) a k výzkumné otázce číslo tři byly zařazeny otázky (11,12,13) viz (Příloha 3). Výzkumná otázka číslo jedna zněla: „Jaké jsou vaše zkušenosti s komunikací s pozůstalými?“ Výzkumná otázka číslo dvě: „Myslíte si, že dáváte dostatek prostoru pro případné otázky při komunikaci s pozůstalými?“ Výzkumná otázka číslo tři: „Jakým způsobem zajišťujete dostatek intimity pozůstalým při komunikaci?“ Pro výzkumné šetření bylo zvoleno zdravotnické zařízení. Výzkumný soubor byl vybrán záměrně, byl tvořen všeobecnými sestrami, pracujícími na stanici interního a chirurgického oddělení. Jejich charakteristika je dána v tabulce (Tabulka 1). Rozhovory byly uskutečněny na půdě stanice interního a chirurgického oddělení ve zvoleném nemocničním zařízení Jihočeského kraje a provedeny na klidném místě (denní místnost sester, vyšetřovací místnost). Rozhovory byly ukončeny na základě teoretického nasycení. Celkem bylo uskutečněno osmnáct rozhovorů, z nichž osm bylo uskutečněno na stanici interního oddělení a deset rozhovorů bylo uskutečněno na oddělení chirurgickém. Jednotlivé rozhovory byly postupně přepsány do počítačového programu Word a následně vytištěny do papírové podoby. Získané informace byly analyzovány metodou otevřeného kódování, tzv. kódování v ruce. Pro lepší orientaci byly informace zvýrazněny a tím vytvořeny podkategorie a následné kategorie, které byly sumarizovány k výzkumným otázkám. Získaná data byla rozčleněna do dvanácti podkategorií a tří kategorií.

Z výsledků výzkumného šetření se ukázalo, že zkušenosti všeobecných sester na interní a chirurgické stanici se odlišovaly pouze v oblasti frekvence komunikace s pozůstalými. Na stanici interního oddělení všeobecné sestry byla komunikace s pozůstalými až třikrát týdně, zatímco na oddělení chirurgickém pouze jednou až dvakrát za měsíc. Informace získané výzkumným šetřením ukázaly shodu v oblasti pocitů, postupů pro setkání a obsahu rozhovoru s pozůstalými. Přestože všeobecné sestry na chirurgickém oddělení

nekomunikují s pozůstalými často jako všeobecné sestry na oddělení interním, cíl jedna zjistit, zda mají sestry zkušenosti s komunikací s pozůstalými byl splněn.

Výsledky výzkumného šetření ukázaly odlišnosti v délce rozhovoru. Zatímco všeobecné sestry komunikují s pozůstalými na interním oddělení v řádu pěti až deseti minut, všeobecné sestry na oddělení chirurgickém zhruba třicet minut. Shoda v získaných datech se ukázala v oblasti prostoru pro dotazy, který všeobecné sestry z obou oddělení ponechávají v průběhu, ale zejména na konci rozhovoru. Oslovené všeobecné sestry vyžívají pozůstalé ke kladení dodatečných otázek a ponechávají prostor pro otázky, dokud se pozůstalí dotazují. Vzhledem k zjištěným odlišnostem lze konstatovat, že druhý cíl zmapovat, zda zdravotnický personál poskytuje dostatek času pro případné otázky byl splněn.

Z proběhlého výzkumného šetření bylo zjištěno, že intimita poskytovaná na zvolených odděleních byla odlišná. Prostředí, které bylo popsáno sestrami z interního oddělení je jídelna, která je veřejně přístupná a nelze zajistit dostatečné soukromí. Prostor, kde nejčastěji komunikují všeobecné sestry na oddělení chirurgickém je vyšetřovací místnost, ve které lze zajistit soukromí. Úprava prostředí pro komunikaci byla všeobecnými sestrami z obou oddělení shodně popsána. Přestože prostor používaný pro komunikaci s pozůstalými na interním oddělení je veřejně přístupný, všeobecné sestry se jej snaží upravit takovým způsobem, aby bylo dosaženo maximálního soukromí. Třetí cíl zmapovat, zda sestry poskytují dostatek intimity pro pozůstalé byl splněn.

Výzkumné šetření bylo uskutečněno za účelem zjistit, jak komunikace s pozůstalými na stanici interního a chirurgického oddělení probíhá. Výsledky výzkumného šetření by mohly zajímat nejen všeobecné sestry, ale také lékaře, kteří se s pozůstalými setkávají. Výsledky výzkumného šetření by mohly pomoci zlepšit komunikaci s pozůstalými ve zdravotnických zařízeních. Námětem pro další výzkumné šetření by mohlo být téma týkající se informovanosti pozůstalých o postupech po úmrtí jejich blízkého či zlepšení intimity pro komunikaci s pozůstalými ve zdravotnických zařízeních.

Na základě zjištěných informací byl vytvořen, jako součást této práce, manuál desatera doporučení pro správnou komunikaci s pozůstalými. Manuál by mohl pomoci zdokonalit se v dané problematice. (Příloha 5)

7 Seznam použitých zdrojů

1. ABDULLA, N.M., NAQI, R.J., JASSIM, G.A., 2022. Barriers to nurse-patient communication in primary healthcare centers in Bahrain: Patient perspective. *International Journal of Nursing Sciences* [online]. 9(2), 230-235 [cit. 2024-2-9]. DOI: 10.1016/j.ijnss.2022.03.006. ISSN 2352-0132. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2352013222000151>
2. ALEXANDROVÁ, R., KABELKA, L., PIVAN, J., 2022. Podpora truchlících pozůstalých. In: SLÁMA, O., KABELKA, L. *Paliativní medicína pro praxi*. 3., přepracované a rozšířené vydání. Praha: Galén, s. 316-318. ISBN 978-80-7492-627-3.
3. BABAI, A., MOHAMMADI, E., SADOOGHIASL, A., 2021. The Meaning of the Empathetic Nurse–Patient Communication: A Qualitative Study. *Journal of Patient Experience* [online]. 8 [cit. 2024-2-9]. DOI: 10.1177/23743735211056432. ISSN 2374-3735. Dostupné z: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/23743735211056432>
4. BASINGER, E.D., WEHRMAN, E.C., MCANINCH, K.G., 2016. Grief Communication and Privacy Rules: Examining the Communication of Individuals Bereaved by the Death of a Family Member. *Journal of Family Communication* [online]. 16(4), 285-302 [cit. 2024-2-9]. DOI: 10.1080/15267431.2016.1182534. ISSN 1526-7431. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/15267431.2016.1182534>
5. BEDNAŘÍK, A., ANDRÁŠIOVÁ, M., 2020. *Komunikace s nemocným: sdělování nepříznivých informací*. Praha: Grada Publishing, 227 s. ISBN 978-80-271-2288-2.
6. BOUKALOVÁ, H., CERHA, O., SEDLÁČEK, M., ŠÍROVÁ, E., 2023. *Psychologie komunikace*. Praha: Grada Publishing, 218 s. ISBN 978-80-271-1388-0.
7. BUŽGOVÁ, R., 2019. Paliativní péče. In: PLEVOVÁ, I., BUŽGOVÁ, R., SIKOROVÁ, L., ZELENÍKOVÁ, R. *Ošetrovatelství II*. 2., přepracované

- a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, s. 110-130. ISBN 978-80-271-0889-3.
8. COLVIN, C., CEIDE, M., 2021. Review of Grief Therapies for Older Adults. *Current Geriatrics Reports* [online]. 10(3), 116-123 [cit. 2024-2-9]. DOI: 10.1007/s13670-021-00362-w. ISSN 2196-7865. Dostupné z: <https://link.springer.com/10.1007/s13670-021-00362-w>
 9. DÉMUTHOVÁ, S., 2015. *Vybrané problémy tanatologie*. Brno: Masarykova univerzita, 83 s. ISBN 978-80-210-7907-6.
 10. FANCOURT, D., FINN, S., WARRAN, K., WISEMAN, T., 2022. Group singing in bereavement: effects on mental health, self-efficacy, self-esteem and well-being. *BMJ Supportive & Palliative Care* [online]. 12(e4), e607-e615 [cit. 2024-2-9]. DOI: 10.1136/bmjspcare-2018-001642. ISSN 2045-435X. Dostupné z: <https://spcare.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjspcare-2018-001642>
 11. GABURA, J., GABURA, J., 2015. *Teória komunikácie v kontexte pomáhajúcich profesií*. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, 323 s. ISBN 978-80-558-0873-4.
 12. GERCHOW, L., BURKA, L.R., MINER, S., SQUIRES, A., 2021. Language barriers between nurses and patients: A scoping review. *Patient Education and Counseling* [online]. 104(3), 534-553 [cit. 2024-2-9]. DOI: 10.1016/j.pec.2020.09.017. ISSN 0738-3991. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0738399120305152>
 13. HALL, J.A., HORGAN, T.G., MURPHY, N.A., 2019. Nonverbal Communication. *Annual Review of Psychology* [online]. 70(1), 271-294 [cit. 2024-2-9]. DOI: 10.1146/annurev-psych-010418-103145. ISSN 0066-4308. Dostupné z: <https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev-psych-010418-103145>
 14. HE, M. et al., 2022. Exploring the role of communication in missed nursing care: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 78(12), 4019-4033 [cit. 2024-2-9]. DOI: 10.1111/jan.15444. ISSN 0309-2402. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.15444>

15. HÖGLANDER, J. et al., 2023. Registered nurse–patient communication research: An integrative review for future directions in nursing research. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 79(2), 539-562 [cit. 2024-2-9]. DOI: 10.1111/jan.15548. ISSN 0309-2402. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.15548>
16. JANKOVSKÝ, J., 2018. *Etika pro pomáhající profese*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Stanislav Juhaňák – Triton, 302 s. ISBN 978-80-7553-414-9.
17. KABELKA, L., 2018. *Geriatrická paliativní péče a komunikace o nemoci*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, 341 s. ISBN 978-80-204-5049-4.
18. KABELKA, L., 2020. *Nemocné rozhovory: komunikace a narativní terapie s nevléčitelně nemocnými pacienty a jejich blízkými*. Praha: Grada Publishing, 237 s. ISBN 978-80-271-1688-1.
19. KALVÍNSKÁ, E., 2011. Komunikace s vážně nemocnými a umírajícími. In: PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing, s. 363-373. ISBN 978-80-247-3976-2.
20. KIWANUKA, J.W., 2016. *Communication tools for nurses: a therapeutic communication. Course book*. Velká Británie: CreateSpace Independent Publishing Platform, 91 p. ISBN 978-1-5372-5471-5.
21. KÜBLER-ROSS, E., 2015. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Praha: Portál, 320 s. ISBN 978-80-262-0911-9.
22. KUPKA, M., 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada Publishing, 216 s. ISBN 978-80-247-4650-0.
23. KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
24. LAI, W.-S., LIU, L.-C., CHEN, H.-M., ANNA, A., 2023. Integrated immediate postmortem and acute bereavement care: Competency-based entrustable professional activities for nursing. *Nurse Education Today* [online]. 126 [cit.

2024-2-9]. DOI: 10.1016/j.nedt.2023.105812. ISSN 0260-6917. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0260691723001065>

25. LIDICKÁ, L., DINGOVÁ-ŠLIKOVÁ, M., 2018. Základy komunikace. In: DINGOVÁ-ŠLIKOVÁ, M., VRABELOVÁ, L., LIDICKÁ, L. *Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů pro zdravotnické záchranáře*. Praha: Grada Publishing, s. 95-99. ISBN 978-80-271-0717-9.
26. LOTFI, M., ZAMANZADEH, V., VALIZADEH, L., KHAJEHGOODARI, M., 2019. Assessment of nurse–patient communication and patient satisfaction from nursing care. *Nursing Open* [online]. 6(3), 1189-1196 [cit. 2024-2-9]. DOI: 10.1002/nop2.316. ISSN 2054-1058. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nop2.316>
27. MAGUROVÁ, D., GREŠŠ HALÁSZ, B., DERŇÁROVÁ, L., TKÁČOVÁ, L., 2019. *Komunikácia v podmienkach ošetrovaľskej praxe*. Lipovce pri Prešove: A-print, 135 s. ISBN 978-80-89721-43-6.
28. NOROUZINIA, R., AGHABARARI, M., SHIRI, M., KARIMI, M., SAMAMI, E., 2015. Communication Barriers Perceived by Nurses and Patients. *Global Journal of Health Science* [online]. 8(6), 65-74 [cit. 2024-2-9]. DOI: 10.5539/gjhs.v8n6p65. ISSN 1916-9744. Dostupné z: <http://www.ccsenet.org/journal/index.php/gjhs/article/view/52028>
29. ONDRIOVÁ, I., 2021. *Etické problémy a dilemata v ošetrovateľskej praxi*. Praha: Grada Publishing, 141 s. ISBN 978-80-271-1696-6.
30. PEARCE, C., WONG, G., KUHN, I., BARCLAY, S., 2021. Supporting bereavement and complicated grief in primary care: a realist review. *BJGP Open* [online]. 5(3) [cit. 2024-2-9]. DOI: 10.3399/BJGPO.2021.0008. ISSN 2398-3795. Dostupné z: <http://bjgpopen.org/lookup/doi/10.3399/BJGPO.2021.0008>
31. POP-JORDANOVA, N., 2021. Grief: Aetiology, Symptoms and Management. *PRILOZI* [online]. 42(2), 9-18 [cit. 2024-2-9]. DOI: 10.2478/prilozi-2021-0014. ISSN 1857-8985. Dostupné z: <https://www.sciendo.com/article/10.2478/prilozi-2021-0014>

32. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M., 2006. *Interní ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 284 s. ISBN 978-80-247-1148-6.
33. ŠIMČÍKOVÁ, P., 2013. *Role sestry při komunikaci s pozůstalými* [online]. Zlín [cit. 2024-6-25]. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati, Fakulta humanitních studií. Dostupné z: <https://theses.cz/id/gnmcn1/>.
34. ŠMAJDOVÁ, K., 2012. *Úloha sestry při komunikaci s pozůstalými* [online]. Plzeň [cit. 2024-6-25]. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. Dostupné z: <https://theses.cz/id/71kt1c>.
35. ŠPAČEK, L., 2021. *Etiketa pro lékaře, zdravotníky a pomáhající profese*. Praha: EEZY Publishing, 267 s. ISBN 978-80-908101-4-3.
36. ŠPATENKOVÁ, N., 2023. *Poradenství pro pozůstalé: principy, proces, metody*. 3., aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing, 296 s. ISBN 978-80-271-3885-2.
37. ŠPATENKOVÁ, N., et al., 2014. *O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén, 316 s. ISBN 978-80-7492-138-4.
38. ŠPATENKOVÁ, N., KRÁLOVÁ, J., 2009. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén, 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4.
39. TOMOVÁ, Š., 2016. Význam komunikace v ošetrovatelské péči. In: TOMOVÁ, Š., KŘIVKOVÁ, J. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing, s. 11-47. ISBN 978-80-271-0064-4.
40. TREŠLOVÁ, M., 2014. Komunikace ve fázích ošetrovatelského procesu. In: TÓTHOVÁ, V., HUDÁČKOVÁ, A., TREŠLOVÁ, M., DOLÁK, F., NOVÁKOVÁ, D. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Stanislav Juhaňák: Triton, s. 173-198. ISBN 978-80-7387-785-9.
41. VÁCLAVKOVÁ, Z., 2011. *Etické otázky v komunikaci s pozůstalými* [online]. Olomouc [cit. 2024-6-25]. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, fakulta zdravotnických věd. Dostupné z: <https://theses.cz/id/fpqes0/>.
42. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G., 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

43. VEVERKOVÁ, E., SVOBODA, P., 2019. Thanatologie. In: VEVERKOVÁ, E., SVOBODA, P., MATEK, J., ZACHOVÁ, V., KOZÁKOVÁ, E. *Ošetrovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře II*. Praha: Grada Publishing, s. 128-140. ISBN 978-80-271-2099-4.
44. VYTEJČKOVÁ, R., 2013. Péče o umírajícího člověka a péče o tělo zemřelého. In: VYTEJČKOVÁ, R., SEDLÁŘOVÁ, P., WIRTHOVÁ, V., OTRADOVCOVÁ, I., PAVLÍKOVÁ, P. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. Praha: Grada Publishing, s. 238-246. ISBN 978-80-247-3420-0.
45. ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 121 s. ISBN 978-80-271-0156-6.
46. ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, s. 21. ISBN 978-80-271-0156-6.
47. ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J., 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing, 288 s. ISBN 978-80-247-4062-1.
48. ZELENÍKOVÁ, R., 2019. Komunikace v ošetrovatelství. In: PLEVOVÁ, I., ZELENÍKOVÁ, R., BUŽGOVÁ, R., SIKOROVÁ, L. *Ošetrovatelství II. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, s. 10-63. ISBN 978-80-271-0889-3.

8 Přílohy

Tabulka 1 Charakteristika 31

Příloha 1 Schéma struktury sociální komunikace

Příloha 2 Informovaný souhlas

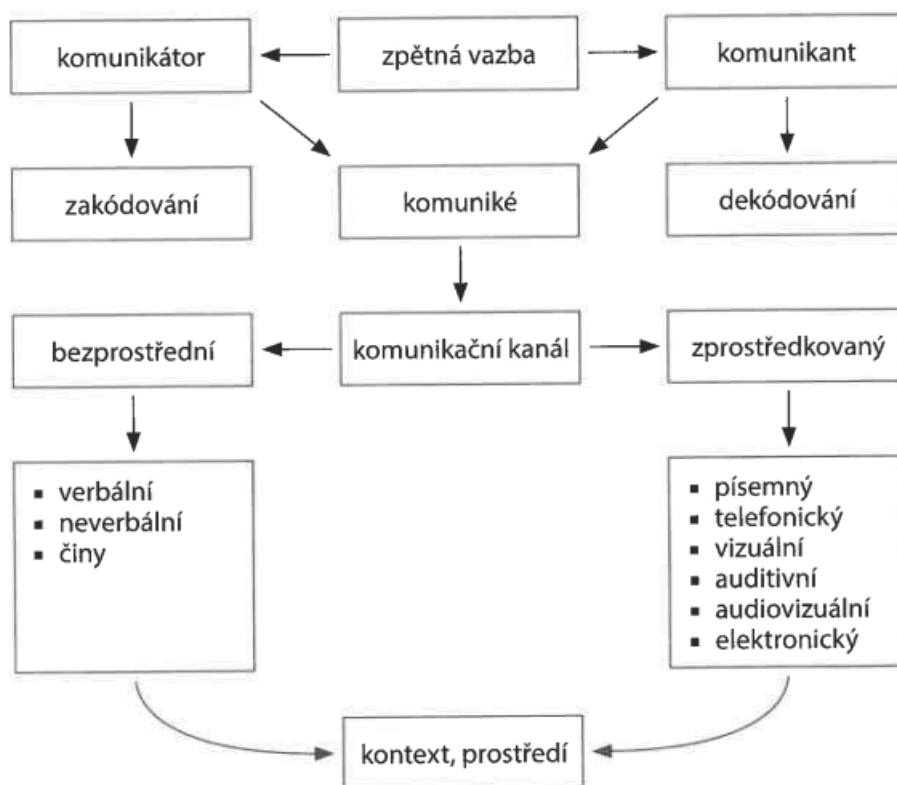
Příloha 3 Otázky k rozhovoru

Příloha 4 Žádost o provedení výzkumu

Příloha 5 Manuál

V komunikačním systému jsou rovnoměrně zastoupené jednotlivé složky. Mikuláščík (2003, s. 24) hovoří o prvcích, které se prolínají.

Struktura sociální komunikace (obr. 1)



Obr. 1 Struktura sociální komunikace (Kristová, 2004, s. 14)

- **Komunikátor** – ten, kdo vysílá nějakou zprávu jiné osobě nebo sociální skupině a předpokládá, že příjemce má společný nebo podobný repertoár poznatků, jež umožňují porozumět tomu, co mu chce sdělit, a že má podobný kódovací systém.
- **Komunikant** – představuje člověka, jemuž jsou informace určeny a který přijímá vyslanou zprávu, již následně dekóduje. Jeho vnímání je ovlivněno osobnostní rovnicí, vlastními zkušenostmi, prožitky a vlastními záměry a cíli.

Příloha 2 Informovaný souhlas

Informovaný souhlas s nahráváním rozhovoru s následným využitím pro účely bakalářské práce s názvem „Komunikace sestry s pozůstalými v praxi“

Podpisem vyjadřuji souhlas s následujícími body:

- Byl/a jsem informována o účelu rozhovoru, kterým je sběr dat pro potřeby výzkumu bakalářské práce Veroniky Nechvátalové „Komunikace sestry s pozůstalými v praxi.“
- Bylo mi sděleno, jak bude rozhovor probíhat. Jsem seznámen/a s právem odmítnout odpověď na jakoukoli otázku.
- Souhlasím s nahráváním následujícího rozhovoru a jeho následným zpracováním. Zvukový záznam z rozhovoru nebude poskytnut třetím stranám a po přepsání bude vymazán.
- Transkripce bude přístupná pouze při obhajobě bakalářské práce až na části citované v textu práce, který bude volně přístupný online.
- Byl/a jsem informována o tom, že bude zajištěna anonymita i po skončení rozhovorů, která znemožní identifikaci mé osoby. Nikde nebude uvedeno mé jméno či jiné osobní údaje, díky kterým bych mohl/a být identifikován/a.
- Dávám svolení k tomu, aby výzkumnice využila rozhovor k potřebám své bakalářské práce a některé části v ní může citovat, zvuková nahrávka rozhovoru bude po skončení výzkumu vymazána.

Datum:

Podpis respondenta:

Zdroj vlastní, 2024



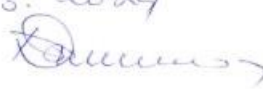
Příloha 3 Otázky k rozhovoru

1. Jak často býváte účastníci komunikace s pozůstalými?
2. Ve které fázi truchlení popsané dle Elisabeth Kübler-Rossové se nejčastěji setkáváte při komunikaci s pozůstalými?
3. Jaké jsou vaše pocity při komunikaci s pozůstalými?
4. Co je vám příjemné či naopak nepříjemné při komunikaci s pozůstalými?
5. Jaké máte postupy pro setkání s pozůstalými?
6. Co obvykle bývá obsahem rozhovoru?
7. Jak dlouho obvykle probíhá rozhovor s pozůstalými?
8. V jaké fázi rozhovoru dáváte prostor pro dotazy při komunikaci s pozůstalými?
9. Jaké časové rozmezí z rozhovoru věnujete pozůstalým pro dotazy?
10. Vyzýváte pozůstalé ke kladení dodatečných otázek?
11. Kde nejčastěji na vašem oddělení probíhají rozhovory s pozůstalými?
12. Jakým způsobem upravujete prostředí, kde probíhá rozhovor s pozůstalými?
13. Jak vypadá na vašem oddělení vyhrazená místnost pro komunikaci s pozůstalými?

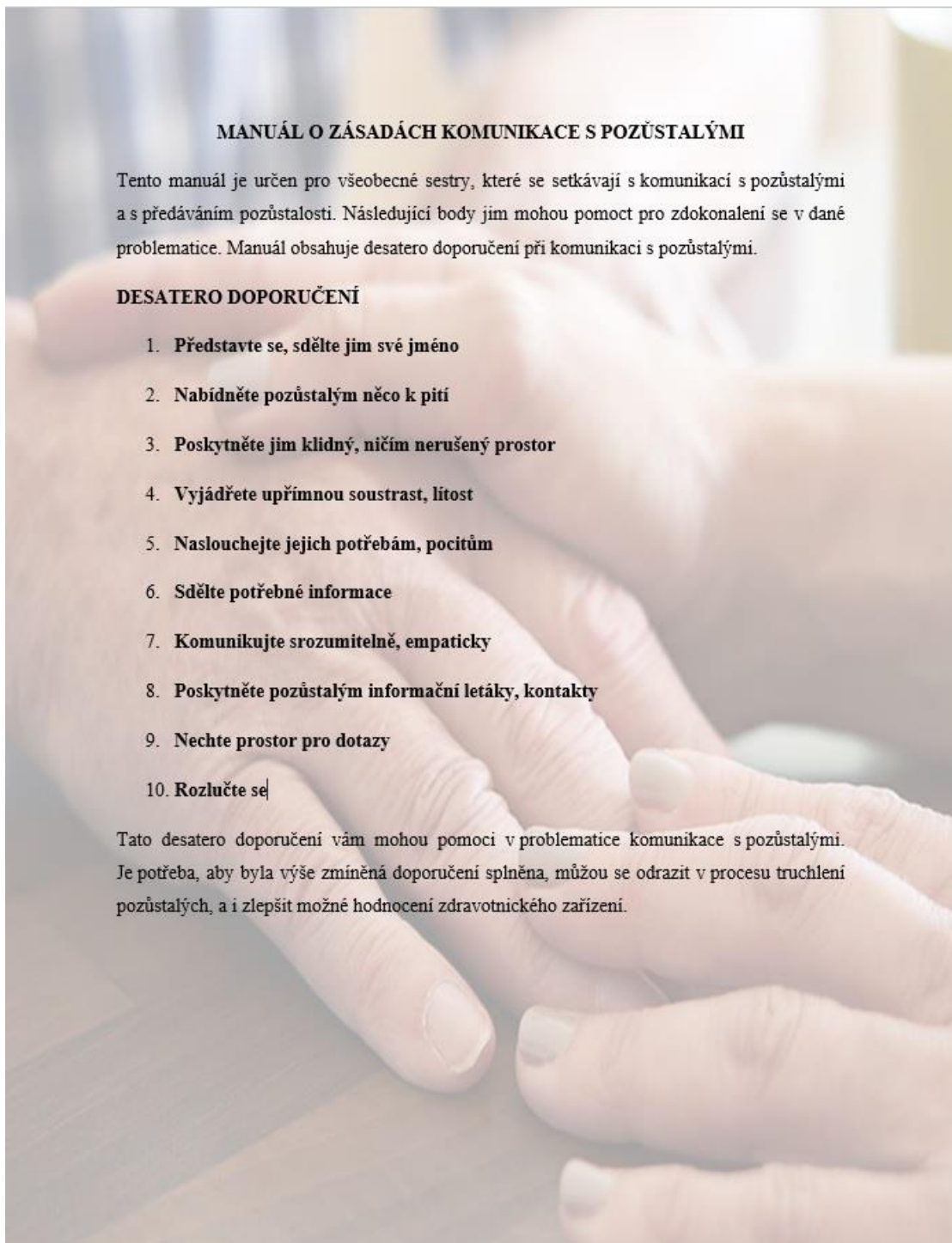
Zdroj vlastní, 2024

Příloha 4 Žádost o provedení výzkumu

Žádost o provedení výzkumu v rámci zpracování bakalářské práce

Fakulta: Zdravotně sociální fakulta
Studijní program/obor: Všeobecné ošetřovatelství
Jméno a příjmení studenta/studentky: Veronika Nechvátalová
Kontaktní údaje (e-mail, tel.): 773 150 568, nechv01@jcu.cz
Název zdravotnického zařízení: Nemocnice České Budějovice a.s.
Oddělení: Interní, chirurgické oddělení
Název práce: Komunikace sestry s pozůstalými v praxi
Hypotézy, výzkumné otázky:
VO1 – Jaké jsou vaše zkušenosti s komunikací s pozůstalým?
VO2 – Myslíte si, že dáváte dostatek prostoru pro případné otázky při komunikaci s pozůstalými?
VO3 – Jakým způsobem zajišťujete dostatek intimity pozůstalým při komunikaci?
Metodologický popis výzkumu včetně rozsahu výzkumného vzorku:
Bude použit kvalitativní výzkum. Pro sběr dat zvolím metodu dotazování a techniku rozhovoru, s předem připravenými otázkami. Odpovědi budou zaznamenány pomocí diktafonu. Výzkumné šetření provedu na odděleních interních a chirurgických oborů ve zvoleném nemocničním zařízení Jihočeského kraje.
Výzkumným souborem jsou zvoleni probandi, kteří budou vybráni záměrně – jedná se o zdravotnický personál, konkrétně zdravotní sestry, pracující na interním a chirurgickém oddělení.
Ukončení výzkumu nastane tehdy, dojde-li k teoretickému nasycení.
Předpokládané výstupy:
Výzkum bude sloužit jako návod ke zlepšení postupů při komunikaci s pozůstalými. Výstupem této práce bude manuál, který pomůže zdravotnickým pracovníkům, konkrétně zdravotnickým sestřím se zdokonalit v této problematice.
Vyjádření vedoucí/ho bakalářské práce: *Souhlasím*
Jméno: Mgr. ILENA LIŠKOVCOVÁ, Ph.D., MBA Podpis: 
Vyjádření kompetentní osoby zdravotnického zařízení:
S provedením výše uvedeného výzkumu souhlasím/neshlasím.
Jméno:  Podpis: *Y. B. Dody*


Zdroj vlastní, 2024



Zdroj vlastní, 2024

9 Seznam zkratek

DABDA – denial, anger, bargaining, depression, acceptance (popírání, hněv, vyjednávání, deprese, přijetí)

Atd. – a tak dále

INT – interní oddělení

CHIR – chirurgické oddělení

SZŠ – střední zdravotnická škola

VŠ – vysoká škola

PS – praktická sestra

VS – všeobecná sestra

Např. – například

Apod. – a podobně

Tzv. – takzvaně

VS – všeobecné sestry

ZZ – zdravotnické zařízení

Cm – centimetr